

2025年12月吉日

会員各位

一般社団法人福岡市薬剤師会
学校薬剤師委員会
常務理事 吉村 宏

令和8年度福岡市立学校の学校薬剤師募集のお知らせ

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、福岡市薬剤師会では、福岡市立学校の学校薬剤師の推薦を行っており、担当校の空き状況で新規の募集を行います。職務期間は、2026年4月より2027年3月末日です。年度更新時には、継続確認はがきを送付いたします。

地域に根ざした薬局として、薬剤師の職能を活かした地域貢献活動が出来ます。ご希望の方は、下記の要件を確認の上、是非エントリーをお願いいたします。
募集期間は1月9日(金)まで、メール又はFAXでご連絡ください。

学校薬剤師推薦要件

- ・勤務先の同意を得ていること
- ・福岡市薬剤師会会員であること（新規入会でも可。但し研修メンバー不可）
- ・任期中の転勤などの勤務地の変更予定がない（区内では可、市外は不可）
（任期4月～翌年3月まで）

学校薬剤師の職務内容について（一部抜粋）

- ・学校保健計画の立案に参加、環境衛生検査、学校環境衛生維持及び改善の指導
保健教育活動への参加、助言など

学校薬剤師委員会内規（一部抜粋）

- ・担当校は、勤務地若しくは居住地の同一区内にある学校から選定する
- ・学校薬剤師登録費用等を納入すること
 - ・登録費用2万円（初回のみ）（器具書籍費用等）
 - ・負担金2千円（毎年）
- ・当会へ新規入会の場合は入会金、年会費が発生します

※空き状況により、ご希望に添えない場合がございます。ご了承ください。

学校薬剤師推薦申込書（募集締め切り 1月9日(金)）

申込日	年 月 日（西暦）	
ふりがな		(該当するところに✓を入れる) <input type="checkbox"/> 開設者でA会員 <input type="checkbox"/> 勤務者でA会員 <input type="checkbox"/> B会員
氏名		
生年月日	(西暦) 年 月 日	男 ・ 女
勤務先		
勤務先住所、TEL	〒 -	(TEL: - -)
自宅住所	〒 -	
携帯電話番号 (緊急連絡用)		
メールアドレス		
勤務先の承諾 ※承諾が必要なのは ▶ 勤務のA会員 ▶ B会員	<承諾者署名 または 記名押印> 役職名： 氏名：	

申込みはメール(info8934@fpa.gr.jp) 又は FAX 714-4421