

病院診療所薬剤師部会  
薬剤部門責任者様

(一社)京都府薬剤師会  
病院診療所薬剤師部会  
部会長 三浦 誠

## 令和8年度(一社)京都府薬剤師会 病院診療所薬剤師部会総会開催のお知らせ

陽春の候、会員の皆様には益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は本会の活動に対しご理解ご協力を賜りまして御礼申し上げます。

さて、この度、下記のとおり令和8年度病院診療所薬剤師部会総会を開催いたします。

また、本総会において、京都府病院診療所薬剤師部会各賞表彰授与式も執り行う予定としております。

ご多忙と存じますが、ご出席いただきますようお願い申し上げますとともに、貴施設の  
本会正部会員の先生方へご案内いただき、別添様式にて、ご出席者又は委任状を同封の返  
信用封筒にてご返信くださいますようよろしくお願い申し上げます。

### 記

日 時：令和8年5月17日(日) 14時～16時15分(受付13時30分)

会 場：京都府薬剤師会館 京都市東山区東大路五条上ル梅林町563 TEL：075-551-0376

議 事：I. 報告事項

日本病院薬剤師会 第72回 臨時総会

日本病院薬剤師会 令和7年度 医療政策部セミナー

令和8年度薬剤師臨床研修事業について

日本病院薬剤師会 求人・求職システムについて

薬剤業務向上加算の現状

令和7年度 病院診療所薬剤師部会 事業報告

令和8年度 病院診療所薬剤師部会 事業計画

II. 京病薬【優秀学術論文賞・学術奨励賞・病院薬学賞等】表彰授与式

III. その他

懇親会：総会終了後 17時頃～ 参加費 6,000円(懇親会参加費は当日集金いたします。)

**出席者名簿・委任状のご提出のお願い**

**提出期限 令和8年4月27日(月)**

ご出席の方は出席者名簿、ご欠席の方は委任状のいずれかを別添様式にてご提出をお願いいたします。同封の封筒にて施設で纏めて事務局宛てにご提出をお願いします。

送付先 〒605-0863 京都市東山区東大路五条上る梅林町563  
京都府薬剤師会 病院診療所薬剤師部会 事務局 宛

## 令和8年度 (一社)京都府薬剤師会 病院診療所薬剤師部会総会

日 時 : 令和8年5月17日 (日) 14時 ~ 16時15分

会 場 : 京都府薬剤師会館 京都市東山区東大路五条上ル梅林町 563 TEL : 075-551-0376

施設名称			
施設住所			
施設電話		施設 No.	

<u>部会総会出席者氏名</u>	懇親会への出席 いずれかに○
※ <u>総会</u> に出席される方のお名前をご記入ください (総会欠席の場合は別紙の委任状にお名前をご記入ください)	
	出席 ・ 欠席
	出席 ・ 欠席
	出席 ・ 欠席
	出席 ・ 欠席
	出席 ・ 欠席
	出席 ・ 欠席
	出席 ・ 欠席
	出席 ・ 欠席
	出席 ・ 欠席
	出席 ・ 欠席
	出席 ・ 欠席

※出席の方は出席者名簿、欠席の方は委任状のいずれかのご提出をお願いします。

同封の封筒にて施設で纏めて事務局宛てにご提出をお願いします。

総会出席者氏名をご記入の上、総会後の懇親会の出欠確認のいずれかに○をお願いします。

懇親会参加費 6,000 円は当日集金いたします。

キャンセルの際は必ず事務局へご連絡をお願いします。京都府薬剤師会 TEL: 075-551-0376

送付先 〒605-0863 京都市東山区東大路五条上る梅林町 563

京都府薬剤師会 病院診療所薬剤師部会 事務局 宛

提出期限 令和8年4月27日 (月)

# 委任状

私は、令和8年5月17日開催の令和8年度一般社団法人 京都府薬剤師会 病院診療所薬剤師部会総会に出席できませんので、同総会における決議に関する権限を、\_\_\_\_\_殿に委任いたします。

(白紙委任につきましては議長に一括委任とさせていただきます。)

令和8年      月      日

施設名称			
施設住所			
施設電話		施設 No.	

正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印      正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印      正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印      正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印      正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印      正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印      正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印      正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印      正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印      正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印      正部会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

※出席の方は出席者名簿、欠席の方は委任状のいずれかのご提出をお願いします。

委任状は自署もしくは記名・押印の上、施設で纏めて事務局宛てにご提出をお願いします。

送付先      〒605-0863 京都市東山区東大路五条上る梅林町 563  
京都府薬剤師会 病院診療所薬剤師部会 事務局 宛

提出期限 令和8年4月27日 (月)