

入会申込書

年 月 日

徳島県薬剤師会会長 殿

日本薬剤師会会長 殿

一般社団法人徳島県薬剤師会定款および個人情報の取扱いについて同意し、入会を申し込みます。

入会者は、太線の枠内のみご記入ください。

会員番号				都道府県名		3 6		徳島		支部名				
入 会 者	フリガナ	(姓)				(名)				印	性別			
	氏名										<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<div></div> 年		<div></div> 月		<div></div> 日		薬剤師名簿登録番号	第	<div></div>		号
	出身校名					卒業年度		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<div></div> 年度		<small>※薬科大学のみご記入ください。大学院等は記入しないでください。</small> <small>※卒業年度をご記入ください。</small>		
勤 務 先	所在地	〒 <div></div> - <div></div> (※7桁を必ずご記入ください)												
		都 道 府 県												
	建物号室													
	勤務先名称													
	法人の名称 (個人の場合は空欄)													
	開設者・法人 代表者氏名													
	電話番号	市外局番		局 番		番 号		FAX番号		市外局番		局 番		番 号
メールアドレス	@													
自 宅	住所	〒 <div></div> - <div></div> (※7桁を必ずご記入ください)												
		都 道 府 県												
	建物号室													
	電話番号 (携帯電話番号)	市外局番		局 番		番 号		FAX番号		市外局番		局 番		番 号
メールアドレス	@													
分 類 区 分	雑誌発送先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自 宅		※A会員の雑誌発送先は「勤務先」になります										
	日薬用	勤務先 業 態	<input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 非保険薬局 <input type="checkbox"/> 病診薬局 <input type="checkbox"/> 臨床検査											
			<input type="checkbox"/> 教育・研究 <input type="checkbox"/> 行 政 <input type="checkbox"/> 製薬・輸入 <input type="checkbox"/> 卸売販売業											
			<input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無 職											
	県薬用	業務種別	<input type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 病診薬局長 <input type="checkbox"/> 法人代表者 <input type="checkbox"/> その他											
			<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> その他の薬剤師											
			<input type="checkbox"/> 学校薬剤師 <input type="checkbox"/> 非学校薬剤師											
	県薬用	会員区分	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員											
			<input type="checkbox"/> A会費 <input type="checkbox"/> B会費											
			会費額 <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> 円											
最終納付年月		<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		(例:202405)										
備考														

【記入上のご注意】

- 薬剤師以外は、賛助会員とします。
- 「県薬用」は徳島県薬剤師会で記入します。
- 該当する□には✓をご記入ください
- 裏面に記載の「会員の個人情報の取扱いについて」をよく読み、承認された上でご記入ください。
- 記入は楷書ではっきりとお書きください。
- 出身校名は薬科大学(旧薬専)のみ記入してください。大学院、専科、専攻科等は記入しないでください。
- 「法人の名称」および「開設者・法人代表者の氏名」は薬局および店舗販売業の方のみ記入してください。

入会申込みに当たって
(会員の個人情報の取扱いについて)

徳 島 県 薬 剤 師 会
日 本 薬 剤 師 会

徳島県薬剤師会(地域薬剤師会を含む)及び日本薬剤師会(以下「各薬剤師会」という)への入会申込みに当たり、入会申込者(以下入会成立時以降に申込者が会員となった場合を総称して「会員」という)は、以下の事項をご確認の上、お申込みください。

1. 各薬剤師会では、入会申込書に記載いただいた個人情報を下記の目的に使用します。
 - ① 会員の入会・退会・異動(変更)履歴の管理、会員資格の確認及び会費徴収に関わる業務等
 - ② 会員名簿の作成・配布(配布の有無は各薬剤師会にご確認ください。日本薬剤師会では配布しておりません。
 - ③ 会員の厚生福祉のための薬剤師国民健康保険組合に関わる業務
 - ④ 各薬剤師会機関誌等の送付
 - ⑤ 各薬剤師会が主催または後援する講演会、研修会等の案内送付
 - ⑥ 郵送、FAX、電子メール等による情報の送付
 - ⑦ 賠償責任保険に関わる業務及び案内
 - ⑧ 各薬剤師会事業に関わる各種アンケート調査の送付等
 - ⑨ 各薬剤師会との事業関係
 - ⑩ 会員個人を特定しない形態での統計情報作成
 - ⑪ その他各薬剤師会の定款に掲げる事業の支援
2. 各薬剤師会は、上記の利用目的以外の目的で会員の個人情報を利用したり、第三者に提供することはありません。
3. 各薬剤師会は、法令等に基づき、裁判所・警察機関などの公的機関から開示の要請があった場合には、当該公的機関に提供することがございます。
4. 入会申込みに当たり必要な記載事項(入会申込書面で記載すべき事項)の記載をしない場合及び会員の個人情報についての内容全部及び一部を承認できない場合、各薬剤師会にお申し出ください。
5. 各薬剤師会は個人情報について、個人情報保護方針を定め、適切な安全対策を実施し、不正アクセス、改ざん、破壊、漏洩、紛失などを防止するために合理的な措置を講じます。

以 上