

入会申込書

年 月 日

貴薬剤師会の定款及び細則の規定に基づき、且つ個人情報の取扱いについて同意し入会を申込みます。

1.入会者は、太線の枠内のみご記入ください。

会員番号		都道府県薬名		34	広島		支部名		
入 会 者	氏名							性別 ○男 ○女	
	フリガナ								
	生年月日	○大正 ○平成	年	月	日	薬剤師番号	第	号	
	○昭和								
出身校名	大学			卒業年度	○昭和 ○令和	年度			
勤 務 先	所在地	〒	(郵便番号は[半角3桁-4桁]をご記入ください)						
	(建物号室までご記入ください)								
	勤務先名称								
	法人の名称 (個人の場合は空欄)								
	開設者・法人代表者の氏名								
	電話番号 :				FAX番号 :				
	メールアドレス								
自 宅	住所	〒	(郵便番号は[半角3桁-4桁]をご記入ください)						
	(建物号室までご記入ください)								
	電話番号 :				FAX番号 :				
分 類 区 分	雑誌発送先	○勤務先	○自宅						
	勤務先態	○保険薬局	○非保険薬局		○病診薬局	○臨床検査	○教育・研究		
		○行政	○製薬・輸入		○卸売販売業	○無職	○学生		
		○店舗販売業	○その他						
	業務種別	○開設者	○病診薬局長		○法人代表者	○その他			
	薬剤師区分	○管理薬剤師		○その他の薬剤師					
	学校薬剤師区分	○学校薬剤師		○非学校薬剤師					
県薬用	地域薬剤師会における 会員区分	○正会員		○賛助会員	○準会員	○特別会員			
	会費区分	○A会費		○B会費	○D会費				
備考	旧姓: 学薬担当校:								

〔記入上のご注意〕

1. 薬剤師以外は、賛助会員とします。
2. 「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。
3. 「性別」「生年月日」「卒業年度」の年号は該当のラジオボタンで選択して下さい。
4. 出身校名は大学(旧薬専)のみ記入してください。
5. 姓と名の間はスペースを空けてください。
6. 学校薬剤師の場合は備考欄に担当校を記入してください。
7. 再入会の方は以前の会員番号をお書きください。
8. 「法人の名称」及び「開設者・法人代表者の氏名」は薬局及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)

公益社団法人広島県薬剤師会（地域・職域薬剤師会を含む）及び公益社団法人日本薬剤師会（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、お申込み下さい。

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かかわる業務等
 - 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下さい。日本薬剤師会では配布しておりません。）
 - ③各薬剤師会機関雑誌等の送付
 - ④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
 - ⑤郵送、FAX、電子メール等による情報の送付
 - ⑥賠償責任保険に関わる業務及び案内
 - ⑦日本薬剤師会薬剤師年金運営に関わる業務及び案内
 - ⑧日本薬剤師国民年金基金に関わる業務
 - ⑨各薬剤師会事業に関わる各種アンケート調査の送付等
 - ⑩各薬剤師会との事業連携
 - ⑪会員個人を特定しない形態での統計情報作成
 - ⑫その他各薬剤師会の定款に掲げる業務の支援
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あります。
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