

(第1号様式)

# 会員【入会申込書】

年 月 日

薬 剤 師 会 会 長 様  
一般社団法人 長野県薬剤師会会長 様  
公益社団法人 日本薬剤師会会長 様

地域薬剤師会印	県薬印

貴薬剤師会の定款並びに会員規程に基づき、且つ個人情報の取り扱いについて同意し、入会を申込みます。

※下記事項を記入の上、所属の地域薬剤師会へ提出してください。

会員番号		所属地域薬剤師会名		薬剤師会	
入会者	フリガナ			印	性別
	氏名				男 ・ 女
	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日生		
	出身校名		卒業年月日	昭和・平成	年 月 日
	薬剤師登録番号	第	号	薬剤師登録年月日	昭和・平成
勤務先	勤務先名称				
	勤務先住所	〒			
	電話番号		FAX番号		
	開設者 法人名称				
開設者 開設者職氏名	職名		氏名		
自宅	自宅住所	〒			
	電話番号		FAX番号		
本籍地住所					
雑誌発送先	A：勤務先		B：自宅		
勤務先業態	A：保険薬局 D：臨床検査 G：製薬・輸入 J：薬種商 M：無職		B：非保険薬局 E：教育・研究 H：一般販売業 K：店舗販売業 N：学生		C：病院・診療所 F：行政 I：卸売一般販売業 L：その他
業務種別	A：開設者		B：病診薬局長	C：法人代表者 D：その他	
薬剤師区分	A：管理薬剤師		B：その他の薬剤師		
他都道府県薬剤師会からの異動	A：あり（		都道府県薬剤師会から異動）		B：なし

県薬記入欄	会員区分	A：正会員 B：賛助会員 C：特別会員 D：名誉会員			
	会費区分	A：A-1会費 B：A-2会費 C：B会費 D：賛助会費 E：特別会費			
	会費	県薬会費		日薬会費	

## 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)

一般社団法人 長野県薬剤師会

公益社団法人 日本薬剤師会

長野県薬剤師会(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(長野県薬剤師会・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 日本薬剤師会薬剤師年金運営に関わる業務及び案内
  - ⑨ 日本薬剤師国民年金基金に関わる業務
  - ⑩ 各薬剤師会事業に関わる各種アンケート調査の送付等
  - ⑪ 各薬剤師会等との事業関係
  - ⑫ 会員個人を特定しない形態での統計情報作成
  - ⑬ 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は、各薬剤師会にお申し出下さい。
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