

\_\_\_\_\_  
 薬剤師会会長 殿  
 公益社団法人 静岡県薬剤師会会長 殿  
 公益社団法人 日本薬剤師会会長 殿

令和 年 月 日

貴薬剤師会の定款並びに同諸規程の規定に基づき、且つ個人情報の取扱いについて同意し入会を申し込みます。  
 入会者は、太線の枠内のみご記入ください。

地域・職域 薬剤師会名						
入 会 者	ふりがな				印	性別
	氏 名	姓	名			男・女
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	薬剤師番号 第 号
	出身校名			卒業年度	昭和・平成・令和 年度	
薬 局 又 は 勤 務 先	ふりがな					
	名 称					
	所在地	〒 _____ 都・道・府・県 (建物名称・号室)				
	電話番号	_____	FAX 番号	_____		
	開設者名	法人名 代表者名				
自 宅	住 所	〒 _____ 都・道・府・県 (建物名称・号室)				
	電話番号	_____	FAX 番号	_____		
分 類 区 分	会報誌発送先	A. 勤務先 B. 自宅				
	勤務先業態	A. 保険薬局 B. 非保険薬局 C. 病診薬局 D. 臨床検査 E. 教育・研究 F. 行 政 G. 製薬・輸入 H. 一般販売業 I. 卸売一般販売業 J. 薬種商 K. 店舗販売業 L. その他 M. 無職 N. 学生				
	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				
	学校薬剤師区分	A. 学校薬剤師 B. 非学校薬剤師				
	会費区分	A 会費 B 会費	新規開設・新規入会・交代			
備 考						

## 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)

公益社団法人静岡県薬剤師会  
公益社団法人日本薬剤師会

公益社団法人静岡県薬剤師会（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かかわる業務等
  - ②会員名簿の作成
  - 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各薬剤師会機関雑誌等の送付
  - 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日本薬剤師会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連携
  - 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、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