

[第1号様式]

会員異動届 (1入会 2変更 0退会)

*所属薬剤師会長へご提出してください。

新潟県薬剤師会会長 様
 貴薬剤師会の定款に基づき、且つ個人情報の取り扱いに
 ついて同意して [入会・変更・退会] を申し出ます。

地域薬剤師会名	地域薬剤師会長印	県薬印

年 月 日 届出者 印

会	会員番号	ふりがな				メールアドレス (添付ファイル可のもの)
		氏名				印
員	地域薬剤師会	性別	生年月日	薬剤師番号	出身大学	卒業年度
		M男 F女	M・T・S・H 年 月 日	第 号		M・T・S・H 年度
勤務先	所在地	〒				
	建物号室					
	勤務先名				保険薬局コード	
	電話番号			ファックス番号		
開設者	名称				電話番号	
	代表者名				ファックス番号	
	住所	〒				
自宅	所在地	〒				
	建物号室				携帯電話番号	
	電話番号			ファックス番号		
会誌等送先	A 勤務先 B 自宅					
勤務先業態	A 保険薬局 B 非保険薬局 C 病院診療所 D 臨床検査 E 教育・研究 F 行政 G 製薬・輸入 I 卸売販売業 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					
地薬会員区分	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会費 B B会費					
日薬会員区分	A 正会員 B 賛助会員 C 特別会員 D 名誉会員					
学薬区分	A 担当している (校) B 担当していない					
勤務先区分	A 個人 B 法人					
備考	特記事項 (変更の場合は変更内容をお書きください)					

県薬使用欄	受付日	照会日	入力日	変更項目等	地域間異動の有無	その他

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 新潟県薬剤師会
公益社団法人 日本薬剤師会

新潟県薬剤師会(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)の入会に際しては、以下の事項をご確認の上、お申し込みください。

- 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いません。)
 - 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 各薬剤師会機関紙等の送付
 - ⑤ 各薬剤師会が主催、共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。