№

第１号様式　　　　　　　　　　　　　**入　会　申　込　書**

公益社団法人日本薬剤師会会長　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

一般社団法人三重県薬剤師会会長　　様

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日薬会員番　　号** |  |  |  |  |  |  |  | **地域･職域****薬剤師会** |  | **地域･職域****薬剤師会****会長承認印** |  年　　月　　日 |
| **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** |  | **卒業年次** | 昭和・平成・令和 　　年　　月　卒業 |
| **認定実務実習指導薬剤師** | **番号（　　　　　　　　　　）認定期限（　　　　　年　　　月　 日　）** |
| **自****宅** | **住　　所** | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　（建物名称・号室　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **電話番号** | －　　　　－ | **FAX番号** | －　　　　－ |
| **メールアドレス** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　三重薬メールの配信　　希望する・希望しない |
| **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** | －　　　　－ |
| **メールアドレス** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　三重薬メールの配信　　希望する・希望しない |
| **開設者名** | 法人名代表者名 |
| **開設者住所****法人の所在地** | 〒　　　　　－電話番号　　　　　－　　　　－　　　　　　FAX番号　　　　　　－　　　　－　　　　 |
| **分類区****分****等** | **日薬雑誌発送先** | 勤務先 | 自宅 |  |
| **勤務先業態** | 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 | 店舗販売業 | 卸売販売業 | その他 | 無　職 | 学　生 |
| **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** | 管理者・責任者　　 | その他の薬剤師 |  |
| **会費** | **納 入 者** | 会員本人　㊞ | 開設者　㊞ | 左記以外の場合（　　　　　　　　　　　　）㊞ |
| **納入方法** | 百五銀行口座振替 | 三十三銀行口座振替 | 年１回振込 |  |
| **入会金納入者** | 会員本人　㊞ | 開設者　㊞ | 左記以外の場合（　　　　　　　　　　　　）㊞ |
| **県薬記入欄** | Ａ会費会員 | Ｂ会費会員 | 賛助会員 | 特別会員 | 終身会員 |
| **備　　考** |  |  |  |

承認日　　　　年　　　月　　　日

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）

一般社団法人三重県薬剤師会

公益社団法人日本薬剤師会

一般社団法人三重県薬剤師会（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、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

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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

**誓　　約　　書**

令和　　　年　　　月　　　日

一般社団法人三重県薬剤師会会長　様

　　　　　 　地域･職域薬剤師会　様

　この度、別紙の通り貴会の目的に賛同し、定款第６条の規定に基づき入会申込を行うについて、薬剤師法をはじめ関係法令、定款、会員規程、会費規程、関連諸規程を遵守し、違反しないことを誓約致します。

薬局又は勤務先

名　称

所在地

氏　　名

自宅住所

一般社団法人三重県薬剤師会への入会が許可された場合には、開設者として、当社の管理薬剤師と共に貴会の定款をはじめ諸規程を遵守することを誓約致します。

法人名

代表者名

住　　所

**会費納入に関する覚書**

　今般貴会会費の納入について、別紙の通り銀行口座からの自動振替に同意し、振替期日（８日、休日の場合はその翌営業日）に遅滞なく納入することは勿論、万一期日遅延の場合は即刻送金し、会費滞納など貴会に迷惑のかかることは一切致しません。なお、６ケ月以上会費滞納の場合は、貴会定款の規定にてらして如何様の処分をうけるも、異存ありません。依ってここに誓約致します。

氏　　名

＊会費支払者が会員本人以外の場合のみ以下にご記入下さい。（法人の場合は法人名もご記入下さい）

　　　　会費支払者名