

入会申込書

令和 年 月 日

(一社)鳥取県薬剤師会会長 殿

(公社)日本薬剤師会会長 殿

貴薬剤師会の定款およ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し込みます。
なお入会した後は、社会的責任を遵守し、会の運営にご協力いたします。

※太枠内をご記入下さい。

会員番号								支 部	東 部 ・ 中 部 ・ 西 部			
(フリガナ) 氏 名							印 <small>(自署の場合不要)</small>	性 別	男 ・ 女			
生年月日	大 昭 平 正 和 成	年	月	日	薬 剤 師 番 号	第						号
出身校名					大学コード (事務局にて記入)	卒 業 年 度	昭 平 令 和 成 和	年 度				
現住所	〒 (建物号室)											
	TEL :						FAX :					
勤務先	名 称											
	住 所	〒 (建物号室)										
	TEL :						FAX :					
	法人名											
	開設者 法人代表者											
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	卸 売 販 売 業	店 舗 販 売 業	そ の 他 無 職							
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					
備 考												

令和 年 月 日

入 会 申 込 書

鳥取県薬剤師連盟会長 殿

鳥取県薬剤師連盟に入会の申込みをいたします。

住 所		
氏 名	① (自署の場合不要)	
開局又は 勤 務 先		
所 在 地		
電 話	自 宅	
	開 局 勤 務 先	

個人情報のお取り扱いについて

令和 年 月 日

〒680-0841 鳥取市吉方温泉3丁目751
一般社団法人鳥取県薬剤師会 会長 原 利一郎

この書面は、当会が保有・収集する個人情報について、個人情報保護法の規定に従い個人情報の入手目的、利用、取り扱い等についてご説明するものです。

1. 個人情報に対する当会の基本的姿勢	当会は、個人情報保護法の趣旨を尊重し、これを担保するために「個人情報保護方針」「個人情報保護規定」「情報セキュリティガイドライン」を定め実行してまいります。
2. 当会が保有する個人情報	当会は、以下の個人情報を保有しており、当会のデータベースに登録しております。 ①当会の入会申込時に入手した入会申込書等に記載された個人情報 ②当会が主催する研修会等への参加者、出版物の購入者の申込書等に記載された個人情報 ③当会の役職員が接触した方々から入手した名刺に記載された個人情報 ④当会が実施したアンケート調査に伴う回答者の調査回答用紙に記載された個人情報
3. 当会保有の個人情報の利用目的	当会は、保有する個人情報を以下の目的に利用します。 ①当会が負う契約義務の履行とその関連業務を遂行するため ②当会が主催する研修会、出版物の案内の送付・送信 ③当会への入会を勧めるための案内の送付・送信 ④当会が行う調査のためのアンケート調査票の送付 上記のうち①の利用を除き、個人情報のご本人から請求があった場合、遅滞なく利用の停止等をいたします。
4. 当会保有の個人情報の第三者への提供、共同利用	当会が保有する個人情報の第三者への提供はいたしません。個人情報を第三者に提供する場合は、別途必要な措置を講じます。共同利用する場合は別途必要な措置を講じます。
5. 当会保有の個人情報の保護対策	①当会の役職員その他従業者に対して個人情報保護のための教育を行い、当会保有の個人情報を厳重に管理いたします。 ②当会が保有するデータベースシステムについては、必要なセキュリティ対策を講じます。
6. 当会保有の個人情報処理の外部委託	当会が保有する個人情報の処理について外部委託をするときは、必要な契約を締結し、管理・監督を行います。
7. 苦情、訂正・利用停止等の申し立て先	①個人情報の取扱責任者 専務理事 大村 匡由 ②苦情・相談窓口 電話 0857-27-6161 FAX 0857-27-5084 E-MAIL toriyaku@hal.ne.jp 申し立てが電子メールで行われた場合は、電子メールで必要な回答をします。
8. 個人情報の削除・消去	当会が保有する個人情報は、個人情報の主体から削除・消去の請求があるまで保有し、個人情報の主体よりその旨の請求があった場合、当該個人情報を安全かつ完全に削除・消去いたします。

◆当会が保有する個人情報の開示、訂正、利用停止、消去等の手続きは別紙「個人情報取扱い変更等請求書」をお使いください。

本書面についての説明を受け、個人情報の提供・利用について承諾し、本書面の交付を受けました。

令和 年 月 日

ご住所

ご氏名

印
(自署の場合不要)

一般社団法人 鳥取県薬剤師会 会長 殿

住 所

氏 名

勤務先

会 費 納 入 方 法 届

標記について、諸会費を下記のとおり納入することを届出ます。

記

納 入 方 法 (注) 該当個所の () に○印を記入して下さい。

(1) 銀行口座振替 (17日振替)

①振替口座 () 山陰合同銀行
銀行名 () 鳥取銀行
() 信用金庫 支店
口座名義 _____
口座番号 普通・当座 _____

②納入方法 () 一括払(4月)

() 一括払(5月)

年度途中の入会(異動)は入会日(異動日)の属する月から起算して3ヵ月後の末日が納入期限となるため、一括払を選択の場合は、今年度の納入月を下記よりお選びください。

() 2ヵ月後 () 3ヵ月後

() 分割払 年2回 (7月・1月)

() 毎月分割払

上記のとおりとしますので、別紙預金口座振替依頼書を提出します。

(2) 銀行口座振替以外 (上記が困難な場合)

※毎年度5月末日までの一括納入とする。(今年度は入会日の属する月から起算して3ヵ月後の末日が納入期限となります。)

納入方法 () 郵便局・銀行振込による一括払

() 現金支払による一括払

預 金 口 座 振 替 依 頼 書

令和 年 月 日

株式会社 銀行

信用金庫 御中

住 所

氏 名

勤務先

私が 鳥取県薬剤師諸会費口座 に払い込む 諸会費 を、預金口座振替により支払うこと
としたいので、下記により指定預金口座から所定の期日に口座振替して下さい。

記

- 振 替 額 私が払い込むべき支払請求書記載の金額
- 振 替 日 17日（当日が休日にあたる場合は翌営業日とする）
- 指定預金口座

フリガナ				銀行届印
預金者名				
住 所	〒			
銀 行 名	銀行・信用金庫	支 店 名		
預金種類	普 通 当 座	口座番号		

- 預金の払出手続きについては、当座勘定取引約定書または預金規定にかかわらず、私が行うべき当座小切手の振出または預金通帳および預金払戻請求書の提出などいたしませんから、貴行（庫）所定の方法で処理されること。
- 指定口座の預金残高が振替日において振替額に満たないときは、私に通知することなく、当月の振替は取り止めていただいても異議はないこと。
- この預金口座振替契約は、貴行（庫）が必要と認めた場合には、解除されても異議はないこと。
- この取扱いについて、かりに紛議が生じても貴行（庫）には迷惑をかけないこと。

以 上