

入会申込書

令和 年 月 日

大阪府薬剤師会会長 殿

貴薬剤師会の定款ならびに諸規定に基づいて入会を申込みます。

1. 太線の枠内のみご記入下さい。

会員番号		都道府県薬名		2 7 大 阪		支部名						
入 会 者	氏名						印	性別				
	フリガナ							男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>				
	生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和	4 平成	年	月	日	薬剤師番号	第		号
	出身校名						卒業年度	2 大正	3 昭和	4 平成	5 令和	
勤 務 先	郵便番号		—		都道府県名							
	所在地											
	勤務先名称											
	電話番号		—		—							
	FAX番号		—		—							
	開設者氏名 (または法人名)											
(法人の場合) 代表者氏名												
郵便番号		—										
所在地 〔本社(本店)〕												
電話番号		—		—								
自 宅	郵便番号		—		都道府県名							
	住所											
	電話番号 (自宅)		—		—							
	電話番号 (携帯)		—		—							
分 類 区 分	雑誌発送先	A 勤務先		B 自宅								
	日薬勤務先業態	A 保険薬局		B 非保険薬局		C 病診薬局		D 臨床検査				
	業務種別	A 開設者		C 法人代表者		B 病診薬局長		D その他				
	薬剤師	A 管理薬剤師		B その他の薬剤師								
	地方薬剤師会における会員区別	A 正会員		B 賛助会員		D 名誉会員						
会費区分	A 会費		B 会費		C 準会費		D 賛助会費					
備考												

※学薬 (あり・なし)

府 市 高 塚 私

入会金額 _____ 円

会費請求月 _____ 月～

請求単価 _____

1
1 2

入会申込書記入例

会員→都道府県薬

都道府県薬受付整理番号 _____

入会申込書

令和 年 月 日 ← 入会申込日を記入して下さい。

大阪府薬剤師会会長 殿

貴薬剤師会の定款ならびに諸規定に基づいて入会を申込みます。

記入しないで下さい。(会員番号は、後日送付される大阪府薬雑誌の宛名下部に付記します。)

1. 太線の枠内のみご記入下さい。

会員番号		都道府県薬名	27	大阪	支部名						
入会者	氏名	大阪 三郎			印	性別					
	フリガナ	オオサカ サブ、ロウ			(大阪)	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>					
	生年月日	1明治	2大正	3昭和	4平成	5令和					
勤務	出身校名	東西大学薬学部			卒業年度	2大正	3昭和	4平成	5令和	02	年度
	郵便番号	540-0019			都道府県名	大阪府					
	所在地	大阪市中央区和泉町1-3-8 サンストアB1F									
先務	勤務先名称	大阪薬局									
	電話番号	06-6123-1111									
	FAX番号	06-6123-1112									
自宅	開設者氏名(または法人名)	(株)オオサカファーマシー									
	(法人の場合)代表者氏名	大阪 三郎									
	郵便番号	540-0045			所在地(本社/本店)	大阪市中央区道修町1-3-4					
分類	郵便番号	590-0953			都道府県名	大阪府					
	住所	堺市甲斐町東3-1-13-505									
	電話番号(自宅)	072-238-3333			電話番号(携帯)	090-0123-4444					
日薬用分	雑誌発送先	<input checked="" type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> 自宅									
	勤務先業態	<input checked="" type="radio"/> 保険薬局 <input type="radio"/> 非保険薬局 <input type="radio"/> 病診薬局 <input type="radio"/> 臨床検査									
	業務種別	<input checked="" type="radio"/> 開設者 <input type="radio"/> 法人代表者 <input type="radio"/> 病診薬局長 <input type="radio"/> その他									
備考	薬剤師	<input checked="" type="radio"/> 管理薬剤師 <input type="radio"/> その他の薬剤師									
	地方薬剤師会における会員区別	<input checked="" type="radio"/> 正会員 <input type="radio"/> 賛助会員 <input type="radio"/> 名誉会員									
	会費区分	<input checked="" type="radio"/> A会費 <input type="radio"/> B会費 <input type="radio"/> C準会費 <input type="radio"/> D賛助会費									

個人名を記入して下さい。姓と名の間は1マス空けて下さい。

フリガナの姓と名の間は1マス空けて、濁点は1字として記入下さい。

数字は右端につめて下さい。

薬科大学(旧薬専)だけを記入して下さい。大学院、選科、専攻科は記入しないで下さい。

気付が長い場合は、できるだけ簡略にして下さい。

住所は市町村名から記入して下さい。上段におさまらない時は中段も使用して下さい。また、2桁以上の数字は、行にまたがらないようにして下さい。

該当項目が2ヶ所以上ある方は、主な項目一つだけに○をして下さい。(2ヶ所以上に○があると登録されません)。

学校薬剤師をされている場合は、「あり」に○をし、該当する区分にも○をして下さい。されていない場合は、「なし」に○をして下さい。

都道府県薬剤師会で記入します。

統計の資料と致します。ありのまま記入して下さい。

※大阪府薬雑誌に掲載しない場合はご記入下さい。

(記入上のご注意)

1. 県薬用は都道府県薬剤師会で記入致します。
2. 文字は一番左のマス、数字は一番右のマスに揃えてご記入下さい。
3. 記入は楷書で明確にお書き下さい。
4. 「開設者氏名(または法人名)」及び「(法人の場合)代表者氏名」等は本社(本店)とし、薬局及び店舗販売業の方のみ記入して下さい。

新しく入会される皆様へ

大阪府薬剤師会 会員名簿について

大阪府薬剤師会では、会員相互の連携を図るとともに緊急連絡用に会員名簿を大阪府薬剤師会
かかりつけ薬局情報支援システム（*OKISS）でご覧いただけるようにしております。

つきましては、「会員名簿」の趣旨をご理解の上、会員名簿への掲載意思について下記へご記入
いただきご提出下さいますようお願いいたします。

ご返信のない場合は、同意をいただいたものとみなし、全項目掲載させていただきます。

但し、掲載後であっても、本人の希望があれば速やかに変更または削除いたします。

(FAX可：06-6947-5480)

記

記入日：令和 年 月 日

1. 会員名簿への掲載について（○で囲んで下さい） ①希望する ②支部名・氏名のみ希望する ③希望しない
2. 支部名： フリガナ
3. 氏名：
4. この件に関するご連絡先（本人・代理人可） 電話番号： 氏名：

会員名簿の掲載意思の確認は、次の①～③のいずれかです。

- ・掲載を希望する場合：①全項目掲載
(氏名、支部名、勤務先名(名称・住所・電話番号・FAX番号))
※勤務先登録のない方は、自宅住所等が掲載されます。
- ②支部名、氏名のみ掲載
- ・掲載を希望しない場合：③掲載されません

*OKISSとは、全国中小企業団体中央会の補助金を基に平成14年に会員への迅速な医薬品
情報提供・重要事項の伝達・ビデオ研修・医薬品備蓄情報の共有化などを目的に構築した
「大阪府薬剤師会かかりつけ薬局情報支援システム」をいう。

会員個人情報の取扱いについて

(—入会申込書を記載いただくにあたって—)

一般社団法人 大阪府薬剤師会

平成17年4月1日

1. 本会は、入会申込者に記載いただいた個人情報を次の目的に利用します。
 - (1) 本会内部における利用
 - ① 本会機関誌「大阪府薬雑誌」等本会刊行物及びお知らせ等の送付
 - ② 生涯教育制度運営に関わる業務及び本会が主催または後援する講演会、研究会等の案内送付
 - ③ 薬学の発展及び医療・保健・福祉の向上に資するための各種アンケート調査の送付等
 - (2) 地域支部ないし職域支部との共同利用
 - ① 会員の入退会・異動履歴の管理及び会費徴収に関わる業務等
 - ② 本会勤務薬剤師会等各種職種部会及び学校薬剤師会の活動支援
 - ③ 日本薬剤師会、都道府県薬剤師会、地域支部、職域支部等との事業連携
 - (3) 第三者への情報提供 ((1) (2) の利用も含まれます)
 - ① 会員名簿の作成・配布
 - ② 日本薬剤師会薬剤師年金運営に関わる業務
 - ③ 大阪府薬剤師会団体生命保険、団体損害保険及び薬剤師賠償責任保険に関わる業務
 - ④ 会員の福祉向上に資するために大阪府薬剤師国民健康保険組合の事業への協力
 - (4) その他
 - ① 個人と特定しない形態での統計情報作成
 - ② その他本会の定款に掲げる業務の支援
2. 本会は、入会申込書にご記入頂いた情報のうち住所、氏名、年齢、勤務先、に関する個人データを、地域支部及び職域支部との間で共同して利用します。地域支部及び職域支部においては、(2) の目的のためにこれを利用します。当該個人データについては、各支部が責任をもって管理します。
3. 当会は、1条の利用目的以外の目的で、会員個人情報を利用し又は第三者に提供することはありません。
4. 本会は個人情報について、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