

一般社団法人 保険薬局経営者連合会  
正会員 入会申込書

令和 年 月 日

一般社団法人 保険薬局経営者連合会 殿

法人名:

代表者名:

印

今般、\_\_\_\_\_年度より正会員として入会いたしたく下記により申し込みます。

(会計年度:1月~12月)

ふりがな			
薬局名			
ふりがな			
担当者名			
連絡先	所在地	〒	
	電話・FAX	TEL	FAX
	携帯電話		
	e-mail		
	自社 HP	有 ・ 無 URL:	
店舗数			軒
紹介者			

【個人情報の管理について】

頂いた個人情報については、一般社団法人保険薬局経営者連合会が責任をもって管理し、当会の運営ならびに役員への名簿配布、当会開催事業のお知らせに必要な範囲内で利用させていただきます。また、会員相互の研究上の利便性をはかり、会の運営を円滑にする為、当会の会員に公開することがあります。当会は、協力会社に一部業務を委託しており、その業務に必要な個人情報を預託することがあります。なお、個人情報の開示・訂正・削除及び当会からのお知らせがご不用な場合は、恐れ入りますが、下記までお申し出下さい。

【問合せ先】

一般社団法人保険薬局経営者連合会 事務局 Tel. 044-712-5881 Fax. 044-330-1772 E-mail:info@yakukeiren.com