

令和 年 月 日

相模原市薬剤師会会長 殿

住所

氏名

㊞

個人情報の第三者提供に関する同意書

私は、相模原市薬剤師会が取得した下記1の情報について、日本薬剤師会、神奈川県薬剤師会及び地域薬剤師会へ下記2の方法でデータ提供することに同意します。

記

1. 提供する個人データ

薬剤師登録番号、氏名、氏名ふりがな、性別、生年月日、事業所郵便番号、事業所住所、事業所名、事業所電話番号、事業所FAX番号、入会日、役職歴、職歴、学校薬剤師歴、表彰歴

*事業所がない会員は居住地をこれに充てる

2. 提供方法

パスワード付の電子データを電子メールにて送付

以 上