

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、公益社団法人相模原市薬剤師会が業務上保有する個人情報等の利用目的に記載する企業・団体等へ下記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