

# 入会申込書

宮城県保険医協会 行

年 月 日

フリガナ				生年月日
氏名				1.男 2.女
区分	1.開業 2.勤務	1.医科 2.歯科	医籍・歯科医籍 登録番号	
自宅住所	(〒 - )			
	TEL		FAX	
開業・勤務先住所	(〒 - )			
	TEL		FAX	
メールアドレス	@			
フリガナ				
医療機関名				
資料送付先	1.自宅住所 2.開業・勤務先住所	出身大学	卒業年	年
診療科目	科	科	科	科
開業・勤務形態	1.無床診療所 2.有床診療所 3.病院 4.介護施設 5.研究・行政・その他			

## 〈個人情報保護に関する取扱いのご案内〉

この度のご入会にあたり、ご提出いただきました入会申込書および預金口座振替依頼書により、当会が取得する個人情報につきましては、下記のため使用させていただきます。

- 1.会員管理台帳・会費管理台帳の作成
- 2.会費・保険料等の収納管理
- 3.会員名簿の作成・配布
- 4.新聞紙誌、出版物等の作成及び送付
- 5.研究会、講習会等の催し物の案内
- 6.共済制度の普及と加入者管理および諸手続き(保険会社への委託も含む)
- 7.各種アンケート調査
- 8.署名活動協力依頼の送付と国・地方自治体、国会・地方自治体議員への要請・陳情・請願活動
- 9.各種個別相談等への回答
- 10.各種問い合わせ及び依頼

これらの項目以外で当該個人情報を利用することや、先生ご本人の同意を得ないで第三者へ提供すること(ただし、法令の規定による場合を除く)はありません。

また、当協会が前述の利用目的の範囲内で個人情報の取扱いを業務委託する場合は、委託先への必要かつ適切な監督を行います。

## 宮城県保険医協会

仙台市青葉区本町2-1-29 電話 022-265-1667

ご入会はこの申込書を FAX 022-265-0576 まで送付下さい。