

FAX 044-977-7818

E-mail info@kanakan-web.org

神奈川県感染症医学会 入会申込書

※「個人情報の取り扱いに関して」を熟読のうえ、同意いただける場合のみお申込みください。

		入会申込日	西暦	年	月 日
会員種別	正会員	生年月日	西暦	年	月 日

	姓 (Last name)	名 (First name & Middle name)
名前		
名前(カナ)		
連絡先	所属・自宅	<small>・連絡先は該当するものを○で囲んでください ・連絡先は、事務局からのお知らせ等の送付先となります</small>

◆所属機関◆

名称・部署				職名	
住所	(〒)				
	TEL		内線	FAX	

◆自宅◆

住所	(〒)				
	TEL			FAX	

◆メールアドレス◆※携帯電話のメールアドレスは登録できません。

E-mail	
--------	--

◆学歴◆

最終学歴		西暦	年卒業
専門分野			

◆その他◆

備考	会員名簿作成時に記載してほしくない項目に○を付けてください。 勤務先：名称・住所・電話・FAX・E-mail・職名 自宅：住所・電話・FAX・E-mail
----	---

個人情報の取り扱いに関して

【目的】

神奈川県感染症医学会は次の業務に利用するため、会員の個人情報※を収集いたします。

- ・事務局から会員への連絡
- ・会員名簿の作成
- ・委員会等における会員相互の連絡
- ・本会及び例会が主催する学会等の案内送付

※個人情報とは生年月日、氏名、その他個人を識別するものを指します。

【個人情報の第三者提供について】

本学会にてお預かりした個人情報等を、以下のいずれかに該当する場合を除き、第三者へ提供、取り扱いを委託することはありません。

- ・会員の事前の承諾を得た場合
- ・業務委託会社に対して、会員に明示した利用目的の達成のために必要な範囲で個人情報等の取扱いを委託する場合
- ・法令の定めにより提供を求められた場合

【個人情報の開示について】

本学会は、個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、会員ご本人であることをご確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。

「個人情報等の取扱いに関して」に同意いただけましたら、次の署名欄にご署名をお願い申し上げます。

「個人情報等の取扱いに関して」に同意します。

西暦 年 月 日

ご署名
