

*필수입력란이 공란인 경우 전산입력이 되지 않습니다.

*2021년 4월 8일부터 면허신고제가 실시되므로 필수 입력사항은 반드시 기재해야 합니다.

20()년도 약사 회원신고서

인적사항

성명		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일	
면허번호		취득년도		연락처	(일반전화) (휴대전화)
거주지 주소 (도로명)				Email	
학력	학부 ()	()대학교 (졸업년도)	년	소속지부·분회	지부 분회
				한약조제자격	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무

취업현황

○ 활동

근무처 구분	<input type="checkbox"/> 약국 (<input type="checkbox"/> 개설약사 <input type="checkbox"/> 근무약사)
	<input type="checkbox"/> 의료기관 (<input type="checkbox"/> 종합병원, <input type="checkbox"/> 병원, <input type="checkbox"/> 의원, <input type="checkbox"/> 요양병원, <input type="checkbox"/> 한방의료기관, <input type="checkbox"/> 치과의료기관, <input type="checkbox"/> 보건소 등 지역보건의료기관(<input type="checkbox"/> 조제업무, <input type="checkbox"/> 비조제업무)
	<input type="checkbox"/> 의약품·의약외품 제조회사(위탁제조판매업 포함)(<input type="checkbox"/> 경영자, <input type="checkbox"/> 제조관리자·안전관리책임자, <input type="checkbox"/> 그 외)
	<input type="checkbox"/> 의약품 수입회사(<input type="checkbox"/> 경영자, <input type="checkbox"/> 수입관리자, <input type="checkbox"/> 그 외)
	<input type="checkbox"/> 의약품 도매회사(<input type="checkbox"/> 경영자, <input type="checkbox"/> 도매업무관리자, <input type="checkbox"/> 그 외) <input type="checkbox"/> 의약품산업 외 기업체
	<input type="checkbox"/> (준)정부·공공기관 <input type="checkbox"/> 학교 <input type="checkbox"/> 기타()

근무처 명칭	근무처 주소 (도로명)	(주소) (전화번호)
--------	-----------------	----------------

※ 약국 현황(개설약사에 한함)

사업자번호	요양기관기호
한약(첩약) 취급 <input type="checkbox"/> 취급 <input type="checkbox"/> 취급안함	동물약품 취급 <input type="checkbox"/> 취급 <input type="checkbox"/> 취급안함
의약분업 지역구분 <input type="checkbox"/> 분업지역 <input type="checkbox"/> 분업예외지역	

○ 미활동

<input type="checkbox"/> 6개월 이상 조제업무 미종사(<input type="checkbox"/> 휴·폐업, <input type="checkbox"/> 취업준비, <input type="checkbox"/> 해외체류, <input type="checkbox"/> 휴직, <input type="checkbox"/> 출산·육아)
<input type="checkbox"/> 65세 이상 미취업, <input type="checkbox"/> 군 복무, <input type="checkbox"/> 해외거주자, <input type="checkbox"/> 대학원 재학생

연수교육(약사회에서 작성)

이수상황	총 ()평점 이수 의무 중 ()평점/20년도 이수
------	-------------------------------

* 연수교육 면제·유예 확인서가 있는 경우 제출하여 주시기 바랍니다.

개인정보의 수집·이용 동의 : 예 아니오 제3자 제공 동의 : 예 아니오

* 개인정보의 수집·이용 동의 및 제3자 제공 동의 내용은 후면을 참고하여 주시기 바랍니다.

회비구분(약사회에서 작성)

1. 갑	2. 을	3. 병	4. 정(<input type="checkbox"/> 미취업자 <input type="checkbox"/> 회비면제자)
------	------	------	--

우편물 수신처

약사공론	<input type="checkbox"/> 근무지 <input type="checkbox"/> 거주지 <input type="checkbox"/> 수취거부(사유 :)
기타 우편물*	<input type="checkbox"/> 근무지 <input type="checkbox"/> 거주지 <input type="checkbox"/> 수취거부(사유 :)

* 면허신고서 안내문, 선거 등 중요 우편물을 배송하므로 반드시 기재하시기 바랍니다.

「약사법」 제 7 조 및 제 11 조, 분회 「정관」 제 7 조의 규정에 의하여 약사 신고서를 제출 합니다.

20 년 월 일

약사 _____ (인/서명)

대한약사회장 귀하

회비구분

구분	갑	을	병	정
약국·의료기관 근무	약국개설자	약국 근무약사	의료기관 근무약사	
약국·의료기관 외 근무	제약·유통·수출입·동물 약품 경영자 및 관리 약사(제조관리자, 안전 관리책임자, 수입관리 자, 도매업무관리자)	제약·유통·수출입·동물 약품 근무약사 ¹⁾	의약품 산업 외 기업 체, (준)정부·공공기관, 보건소 등 지역보건 의료기관, 학교, 자영업, 기타	
미활동				미취업자, 회비면제자 ²⁾

1) 경영자 및 제조관리자·안전관리책임자·수입관리자·도매업무관리자 이외의 자

2) 65세 이상 미취업회원 및 의료급여 수급자, 군 복무자, 해외거주자

개인정보의 수집 · 이용 및 제3자 제공 동의서

대한약사회는 개인정보보호법 제15조제1항, 제2항 및 제17조제1항의 규정에 따라 약사 회원 신고시 개인정보를 아래와 같이 수집합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의여부를 결정하여 주십시오.

□개인정보의 수집 · 이용 목적

대한약사회는 다음 각 호의 목적에 활용하기 위하여 개인정보를 수집합니다.

- ① 약사법 제7조의 규정에 의한 약사신고
- ② 약사법 제15조의 규정에 의한 약사연수교육 통보
- ③ 회원복지 증진, 약국경영관련 각종 서비스 제공
- ④ 회원증명서 발급, 대한약사회장 및 시도지부장 선거에 있어 선거인 명부작성
- ⑤ 대한약사회 회무 관련 주요 사항의 안내 및 공문 발송
- ⑥ 휴일지킴이약국 프로그램 사용
- ⑦ 임원의 경우 전국 임·직원 수첩제작시 수집한 개인정보를 활용 함

□개인정보의 제3자 제공 목적

대한약사회는 다음 각 호의 목적에 활용하기 위하여 개인정보를 제공합니다.

- ① 대한약사회 상임이사회, 이사회, 총회 의결을 거쳐 업무 제휴를 체결한 단체(업체)의 홍보물 발송
- ② 대한약사회장 및 시도지부장 선거에 있어 선거인 명부 제공

□개인정보 수집 및 제3자 제공 항목

대한약사회는 ‘약사 회원 신고서’ 양식에 의거 면허번호, 취득년도, 성명, 생년월일, 성별, 근무처명, 주소(거주지/근무지), 전화번호(거주지/근무지), 휴대폰번호, Email, 출신학교, 졸업년도, 소속지부분회, 한약조제자격, 분업예외 지역 여부, 한약(첩약) 및 동물약품취급 유무, 최종학위 정보를 수집합니다.

□개인정보 보유 및 이용기간

개인정보는 약사면허증이 유지되는 동안 보유 및 이용하며, 사망시 영구 파기합니다.
수집한 약사 회원 신고서는 소속지부 또는 분회에서 1년간 보관후 폐기합니다.

□개인정보의 동의 거부

회원님께서서는 개인정보 수집 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부하는 경우 연수교육관련 안내, 간행물 배포, 중요한 회무 안내 등 대한약사회가 제공하는 각종 서비스를 받지 못하거나 선거권이 제한될 수 있습니다.

□개인정보의 제3자 제공 동의 거부

회원님께서서는 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 다만, 이에 동의하지 않을 경우 홍보물 발송, 선거 등에 각종 서비스를 제공받지 못할 수 있습니다.

[추가항목]

(성명 : _____ , 면허번호 : _____)

공통[학력] *모두 작성해 주세요.

최종학위	<input type="checkbox"/> 학사 <input type="checkbox"/> 석사 <input type="checkbox"/> 박사 (최종학위 전공 : _____)
------	--

약국개설자 *약국개설 회원만 작성해 주세요.

약국 개설 현황	현재 운영중인 약국의 개설년도 : _____ 년		
	약국입지 유형 (중복선택가능)	<input type="checkbox"/> 2·3차의료기관인근, <input type="checkbox"/> 의원급(클리닉)인근(<input type="checkbox"/> 지하, <input type="checkbox"/> 1층, <input type="checkbox"/> 2층이상), <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 대형마트·백화점 내, <input type="checkbox"/> 터미널, 역사, 공항 내, <input type="checkbox"/> 그 외	
	체인가입여부	<input type="checkbox"/> 가입, <input type="checkbox"/> 미가입	ATC 보유여부 <input type="checkbox"/> 보유, <input type="checkbox"/> 미보유
	약국개문시간	평 일 : __:__ ~ __:__ 토요일 : __:__ ~ __:__(회/월) 일요일 : __:__ ~ __:__(회/월) 공휴일 : __:__ ~ __:__(회/월)	
	인력현황	약 사 : _____ 명(상근 : _____ 명, 비상근 : _____ 명, 기타 : _____ 명) 종업원 : _____ 명(상근 : _____ 명, 비상근 : _____ 명, 기타 : _____ 명)	
	약국면적	_____ m ² 또는 _____ 평	임대유무
기타	최초 약국 개설 년도 : _____ 년		
	약국 개설외 경력 : _____ 년 <input type="checkbox"/> 약국근무 <input type="checkbox"/> 의료기관 <input type="checkbox"/> 제약유통 <input type="checkbox"/> 정부·공공기관 <input type="checkbox"/> 학교 <input type="checkbox"/> 기타		

약국 근무약사 *약국 근무약사인 회원만 작성해 주세요.

근무유형	<input type="checkbox"/> 상근 <input type="checkbox"/> 비상근 <input type="checkbox"/> 기타
현재약국 근무 시작년도 :	_____ 년
근무약사 최초 활동년도 :	_____ 년
약국 근무외 경력 :	_____ 년
<input type="checkbox"/> 약국개설 <input type="checkbox"/> 의료기관 <input type="checkbox"/> 제약유통 <input type="checkbox"/> 정부·공공기관 <input type="checkbox"/> 학교 <input type="checkbox"/> 기타	

약국 외 근무 회원 *의료기관, 제약·수입·도매회사 등 약국이 아닌 곳에서 근무하는 회원만 작성해 주세요.

부서(직위) :	(_____)
근무형태 :	<input type="checkbox"/> 상근 <input type="checkbox"/> 비상근 <input type="checkbox"/> 기타
현재 근무기관 입사 년도 :	_____ 년
해당 취업구분 최초 입사 년도 :	_____ 년
해당 취업구분외 경력 :	_____ 년
<input type="checkbox"/> 약국개설 <input type="checkbox"/> 약국근무 <input type="checkbox"/> 의료기관 <input type="checkbox"/> 제약유통 <input type="checkbox"/> 정부·공공기관 <input type="checkbox"/> 학교 <input type="checkbox"/> 기타	