



### 医療アートメイク学会 入会申込書

貴学会の趣旨に賛同し、入会いたします。

※①～④の項目をご記入のうえ、会費をお振込みいただき、当学会事務局までに FAX してください。

①	<p>ふりがな： 氏 名： _____ 男性 ・ 女性                     First name                      Last name</p> <p>ローマ字表記： _____ 生年月日： 19 ____ 年 ____ 月 ____ 日生</p> <p>医師免許： (登録番号) _____ ※正会員の方のみご記入ください。</p> <p>E-mail： _____</p> <p>【ご所属】 貴医療法人名： _____</p> <p>貴 院 名： _____</p> <p>住 所： (〒        -        ) _____</p> <p>TEL： _____ FAX： _____</p>				
②	<p>いずれかをレを付して、下記口座まで年会費をお振込みのうえ、お振込み名義および振込日をご記入いただきまして、お申込みください。</p> <p><input type="checkbox"/> 正会員（医師のみ） 年会費 10,000 円</p> <p><input type="checkbox"/> 会員（看護師のみ） 年会費 5,000 円</p> <p><b>振込口座：三菱東京 UFJ 銀行 銀座支店 普通 0349897 一般社団法人医療アートメイク学会</b></p> <table border="1" data-bbox="336 1417 1351 1516"><tr><td>お振込み日</td><td>年        月        日振込済み</td></tr><tr><td>お振込み名義</td><td></td></tr></table> <p>※お振込み名義は医療法人名、クリニック名、個人名のいずれの場合でも、正確にご記入ください。</p>	お振込み日	年        月        日振込済み	お振込み名義	
お振込み日	年        月        日振込済み				
お振込み名義					
③	<p>書類等、ご自宅への郵送をご希望の場合には、以下をご記入ください。</p> <p>自宅住所： (〒        -        ) _____</p> <p>TEL： _____ FAX： _____</p>				
④	<p>当学会の個人情報の取り扱いについて、別添資料をご確認いただき、チェックをお願いいたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意する                      <input type="checkbox"/> 同意しない</p>				



## 個人情報の取り扱いについて（正会員および会員用）

### 1. 個人情報の利用目的

会員管理、学術総会の開催、アンケートの収集、学会誌の発刊、医療アートメイク認定医・専門医の養成、医療アートメイクを施術できるクリニックの認定、医療アートメイクの施術者の養成、メール配信のため（以上の内容は準備が整い次第、順次、実施していく予定）

### 2. 個人情報の提供

以下の場合を除き、予め、会員ご本人の同意を得ないにも関わらず、個人情報を提供することはありません。（個人情報の保護に関する法律（以下、保護法という）に基づく）

#### ・法令に基づく場合

- ・人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ・公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ・国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

### 3. 個人情報の委託

個人情報の取り扱いの全部または、一部を委託することがあります。委託にあたっては、十分な個人情報の保護水準を満たしている者を選定し、委託を受けた者に対する必要かつ、適切な監督を行います。

### 4. 個人情報の開示等の請求の手続きについて

当学会の保有する個人データについて、原則としてご本人から開示等のご請求があった場合、当学会事務局にて受付け、適切に対応させていただいております。なお、個人データの利用目的の通知、内容の訂正・追加・削除、利用の停止および第三者への提供停止について、保護法に基づきご請求いただける場合は、次のとおりです。

- ・利用目的の通知－「個人情報の取り扱い」に記載された利用目的では明らかな確認ができない場合
- ・内容の訂正・追加・削除の場合－ご本人の個人データの内容が事実と異なる場合
- ・利用の停止－当社が、利用目的の達成に必要な範囲を超えて、ご本人の個人データを取り扱っている場合、または、ご本人の個人データが不正な手段により取得されたものである場合
- ・第三者への提供停止－当社が、ご本人の事前の同意なく、その個人データを第三者に提供している場

### 5. 個人情報提供の任意性

個人情報のご提供は任意です。ただし、必要な個人情報をご提供されない場合には、1に記載の利用目的の業務を利用できない場合があります。

以上



## 医療アートメイク学会次回総会のご案内

当学会の年度総会は以下のとおりを予定しております。是非、ご調整のうえ、ご参加をお願い申し上げます。

また、年度の総会のほか、定期的な勉強会や市民講座などの開催を通じて、医療アートメイクに対する知見や技術向上のため各種イベントを企画してまいります。プログラムの内容等につきましては、決定次第、正式にご案内申し上げます。

### ■年度総会スケジュール（予定）

日時	スケジュール
10月上旬	第4回医療アートメイク学会総会の開催  ※プログラムが決まり次第、別途、ご案内いたします。 次年度は、2019年10月6日の開催を予定しております。

当学会にご入会いただきました場合、正会員・会員限定の参加費用にて、ご案内いたします。

以上