

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 지역보건의 료기관, 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 제 15조제1항, 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 약사연수교육통보
- ③ 대한약사회 상임이사회, 이사회, 총회 의결을 거쳐 업무 제휴를 체결한 단체(업체)의 홍보물 발송
- ④ 회원증명서 발급
- ⑤ 대한약사회장 및 지부장 선거에 있어 선거인 명부작성 및 제공
- ⑥ 회원복지 증진, 약국경영관련 각종 서비스 제공
- ⑦ 대한약사회 회무 관련 주요 사항의 안내 및 공문 발송
- ⑧ 휴일지킴이약국 프로그램 사용
- ⑨ 임원의 경우 전국 임 · 직원 수첩 제작시 수집한 개인정보를 활용 함
- ⑩ 투표 안내문 등 문자 및 우편물 발송, 온라인투표를 위한 전자투표시스템 이용 및 우편투표를 위한 투표용지 발송, 기타 선거인 편의 및 선거절차에 관한 업무

□개인정보 수집 항목

대한약사회는 '약사 회원 신고서' 양식에 의거 면허번호, 취득년도, 성명, 생년월일, 성별, 근무처명, 주소(거주지/근무지), 전화번호(거주지/근무지), 휴대폰번호, Email, 출신학교, 졸업년도, 소속지부 · 분회, 한약조제자격, 분업예외지역 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.

대한약사회는 개인정보 보호법 제17조제1항의 규정에 따라 약사 회원신고 시 수집한 개인정보를 아래와 같이 제3자에 제공합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오.

□개인정보 제3자 제공 목적

대한약사회는 다음 각 호의 목적에 활용하기 위하여 개인정보를 제공합니다.

- 대한약사회 상임이사회, 이사회, 총회 의결을 거쳐 업무 제휴를 체결한 단체(업체)의 홍보물 발송, 본인확인용 문자발송
- 대한약사회장 및 지부장 선거에 있어 후보자에 대한 선거인 명부 제공
- 한국병원약사회, 한국산업약사회 등 약사면허자를 회원으로 운영하는 유관 법인단체의 회원 신고, 안내물 발송 및 문자 발송 등

□개인정보 제3자 제공 항목

- 성명, 생년, 근무처명, 주소(거주지/근무지), 전화번호(거주지/근무지), 휴대폰번호, Email, 소속지부 · 분회

□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	☐ 학사 ☐ 석사 ☐ 박사 (최종학위 전공 : _____)
------	--

약국개설자 *약국개설 회원만 작성해 주세요.

약국 개설 현황	현재 운영중인 약국의 개설년도 : _____ 년		
	약국입지 유형 (중복선택가능)	☐ 2·3차의료기관인근, ☐ 의원급(클리닉)인근(☐ 지하, ☐ 1층, ☐ 2층이상), ☐ 기타 ☐ 대형마트·백화점 내, ☐ 터미널, 역사, 공항 내, ☐ 그 외	
	체인가입여부	☐ 가입, ☐ 미가입	ATC 보유여부 ☐ 보유, ☐ 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 ☐ 임대, ☐ 자가
기타	최초 약국 개설 년도 : _____ 년		
	약국 개설외 경력 : _____ 년 ☐ 약국근무 ☐ 의료기관 ☐ 제약유통 ☐ 정부·공공기관 ☐ 학교 ☐ 기타		

약국 근무약사 *약국 근무약사인 회원만 작성해 주세요.

근무유형	☐ 상근 ☐ 비상근 ☐ 기타
현재약국 근무 시작년도 : _____ 년	
근무약사 최초 활동년도 : _____ 년	
약국 근무외 경력 : _____ 년 ☐ 약국개설 ☐ 의료기관 ☐ 제약유통 ☐ 정부·공공기관 ☐ 학교 ☐ 기타	

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

부서(직위) :	(_____)
근무형태 :	☐ 상근 ☐ 비상근 ☐ 기타
현재 근무기관 입사 년도 :	_____ 년
해당 취업구분 최초 입사 년도 :	_____ 년
해당 취업구분외 경력 :	_____ 년 ☐ 약국개설 ☐ 약국근무 ☐ 의료기관 ☐ 제약유통 ☐ 정부·공공기관 ☐ 학교 ☐ 기타