2021年10月吉日

集団接種協力薬剤師各位

一般社団法人藤沢市薬剤師会

会　長　齊藤　祐一

個人番号（マイナンバー）利用確認書

藤沢市薬剤師会では、集団接種協力薬剤師の方の個人番号（マイナンバー）を、報酬の源泉徴収票事務の目的にて使用いたします。

既に、役員、職員、休日夜間診療調剤協力薬剤師等で、個人番号報告書を提出済みの方につきましては、個人番号及び指定口座を使用することについて承諾をお願いします。

　なお、下記の承諾書をＦＡＸまたは郵送にてご提出くださるようお願いします。

提出期限日　**10月22日（金）必着**

掲出方法　　①ＦＡＸ

②郵送

宛　　先　　〒251-0052

　　　　　　　藤沢市藤沢921　　一般社団法人藤沢市薬剤師会

　　　　　　　ＦＡＸ　０４６６（２３）５８９８

個人番号利用承諾書

　　年　　月　　日

一般社団法人藤沢市薬剤師会

会　長　齊藤　祐一様

私は、藤沢市薬剤師会の

 　役員 ・ 職員 ・ 休日夜間診療調剤協力薬剤師 ・ その他（　　　　　　　）

　　　※いずれかに○をつけてください。

のため、既に報告済みの個人番号の利用及び金融機関への報酬振込を承諾します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　所

氏　名（署名）　　　　　　　　　　　　㊞