

個人情報確認同意書

医療法人社団同友会 御中

私は、個人情報の取扱いについて以下の事項を確認のうえ、同意します。

平成 年 月 日
住 所
氏 名 _____ 印

記

- 個人情報の利用目的について
収集した個人情報に関して、本人の許可なく職員採用可否の基礎資料として以外の目的では使用しません。
- 個人情報の第三者提供について
収集した個人情報は、下記の a) ~ d) を除いて、本人の同意なく第三者への提供をしません。
 - 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って当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
- 個人情報の開示等について
収集した個人情報の開示、内容の訂正、追加、削除の求めがあった場合には、すみやかに対応します。
この場合は下記の個人情報相談担当者までご連絡ください。
総務部 個人情報保護管理責任者（総務本部長） 電話：03-3816-0700
- 個人情報の提供は任意です、但し、提供いただけない情報がある場合、採用の可否に影響を及ぼすことがあります。

以 上