様式１

個人情報利用の同意書

公益社団法人静岡県理学療法士会は、今回ご提供いただく個人情報について○印をつけた項目を取得・利用します。

以下の内容をご確認のうえ、同意下さいますようお願い致します。

１．事業者の氏名または名称

|  |
| --- |
|  |

２．個人情報の利用対象および利用目的

|  |
| --- |
| １（　　）２（　　）３（　　）４（　　）５（　　） |

３．取得した個人情報の第三者への提供

取得した個人情報は、法令に基づき必要な場合を除いて本人の同意を得ることなく第三者に提供することはありません。

４．個人情報開示・訂正・利用停止などの手続

今回取得・利用する個人情報については、本人様から訂正・利用停止を求めることができます。

ご請求の手続きは、下記の本会事務局窓口へご連絡ください。

５．個人情報の管理

本会は、個人情報を保護するために必要なセキュリティー対策を講じています。ご提供いただいた内容は事業終了に伴い、本会の責任の下に適切に廃棄・消去いたします。

【個人情報相談窓口】

個人情報に関するお問い合わせ、相談につきましては、下記窓口にご連絡ください。

住　所：

宛　先：

ＴＥＬ：　　　　（　　　　）　　　　　　ＦＡＸ：　　　　（　　　　）

メールアドレス：

【同意欄】

上記個人情報の取り扱いを理解し、これに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞