

同意書（職員等応募時）

【個人情報の取り扱いについて】

このたび取得させていただく個人情報については、以下のように取り扱いたします。

1. 個人情報の利用目的

- ・ 本会の職員等の採用選考
- ・ 採用に関する連絡

2. 収集する個人情報の種類

☒ 氏名 ☒ 住所 ☒ 年齢 ☒ 生年月日 ☒ 連絡先 ☒ 職業
☐ その他（ ） ☐ その他（ ） ☐ その他（ ）

3. 個人情報の保有期間及び終了期間後の処理方法

保有期間： 1 年 処理方法： 溶解処理

4. 個人情報の委託（有 ・ ☒ 無）

5. 個人情報の提供（有 ・ ☒ 無）

〔有のときは下記を埋めること〕

提供の目的： _____

提供する個人情報の項目： _____

提供する手段： _____

提供先会社名： _____

提供先業種： _____

個人情報取扱い契約：（有 ・ 無）

本会との関係： _____

6. ご本人の任意性：お預けいただくのはご本人の任意です。

お預け頂けなかった場合のデメリット： 本会職員採用試験を受験することができない

7. 連合会連絡先

- ・ 本会がお預かりいたしましたご自身の個人情報について、本会にお問い合わせ、個人情報の開示、訂正、利用停止、提供停止のご要望にお応えします。ただし、個人情報の開示には費用として 2,000 円を頂戴します。下記連絡先にお問い合わせください。

（責任者）：本会事務局長とします。

（連絡先）：徳島県国民健康保険団体連合会 総務課 （個人情報窓口）

電話番号 088-666-0111

（土曜、日曜、祝日及び12月29日～1月3日を除く9：00～17：00）

当該個人情報の取得に同意いただけましたら署名をお願いいたします。

年 月 日 ご署名： _____