

個人情報の取扱いに関する同意文書（就業希望者）

公益財団法人東京都予防医学協会（以下「本会」という）は、採用選考時に貴殿に関する個人情報の提供をお願いいたします。

なお、採用選考時に提供された個人情報の取り扱いは下記の通りとさせていただきますので、ご同意いただいた上で、ご提供いただきますようお願い申し上げます。

1. 個人情報の取得

- 本会は個人情報を履歴書等応募書類および選考試験（面接等）により、適正に取得します。
- 必要に応じ卒業見込証明書、卒業証明書、成績証明書、資格証明書、免許書等の提出をお願いする場合があります。

2. 個人情報の利用目的

- ご提供いただいた個人情報は本会の採用選考および採用手続（採用決定者に限る）のため利用いたします。
- 本会は個人情報を貴殿の同意なく上記以外の目的で利用いたしません。
- 不採用の場合は、履歴書等応募書類を貴殿に返却又は本会「個人情報取扱規定（職員等）」に従い廃棄します。

3. 個人情報の提供・預託

- 個人情報の提供・預託はいたしません。

4. 個人情報提供の任意性

- 本会の要求する個人情報を提供していただくことには、採用応募者の任意性があります。ただし、提供しただけなかった個人情報があることにより不採用となる場合があります。

5. 個人情報の開示、訂正・削除

- 貴殿がご自身の個人情報について開示、訂正・削除を希望される場合は、下記連絡先までご連絡ください。ただし、個々の採用・評価に関する情報の開示には応じかねますのでご了承ください。

6. 連絡先

- 〒162-8402
東京都新宿区市谷砂土原町1-2
（公財）東京都予防医学協会
TEL 03-3269-1141
管理者 施設健診部 中村 美穂子

個人情報保護管理者
（公財）東京都予防医学協会
常務理事 大 畠 利 彦
TEL 03-3269-1141

私 _____（氏名記入）は、上記個人情報の取扱いについて

同意します 同意しません （何れかを○で囲んでください）