様式5　個人情報利用目的等通知書兼同意書（応募者用）

年　　月　　日

## 個人情報利用目的等通知書　兼　同意書

**＝市町村医師養成事業修学生採用応募者向け＝**

岩手県国民健康保険団体連合会

個人情報保護管理者

事務局長　三田地　好文

（連絡先：お問合せ窓口に同じ）

本会の採用応募者の皆様から個人情報を利用するに当たっての個人情報の利用目的等について、下記の通り、通知いたします。同意の上で、お申し込みくださいますようお願いします。

**1.個人情報の取得・保有・利用**

本会は、市町村医師養成事業修学生採用応募者の皆様の個人情報を採用選考のため、および、ご本人様への諸連絡のためのみに保有・利用させていただきます。

**2.要配慮個人情報の取得・利用又は提供**

本会は、保健医療にかかる情報（健康診断書）は、採用選考についてのみ取得・利用いたします。取り扱いは特に厳正・的確に行わせていただきます。ご同意の上ご提供ください。

**3.個人情報の保護**

本会は、市町村医師養成事業修学生採用応募者の皆様の個人情報を漏えい、滅失又はき損から保護するために必要かつ適切な措置を講じます。

**4.個人情報の第三者提供**

本会は、市町村医師養成事業修学生採用応募者の皆様の個人情報を、法令等および市町村医師養成事業実施規程・規則等に定める場合を除いて、ご本人様の同意なく、第三者に提供することはございません。

**5.個人情報の取扱いの委託**

本会は、市町村医師養成事業修学生採用応募者の皆様の個人情報の取り扱いを、他社へ委託する予定はありません。

**6.個人情報の利用目的通知・開示・訂正等・利用停止等の請求**

市町村医師養成事業修学生採用応募者の皆様は本会に対して自己に関する個人情報の利用目的の通知、および、個人情報の開示を請求することができます。また、本会の保有する採用応募者の皆様の個人情報に誤りや変更があった場合は訂正、追加、削除を請求することができます。さらにまた、個人情報の利用停止、消去、または第三者提供停止を請求することが出来ます。

**7.記入項目の任意性について**

採用選考に際し、氏名、生年月日、性別、住所、連絡先、家族の状況、職業、健康状態、資格、経歴、続柄、学業成績、所得以外の個人情報のご提供は任意ですが、採用選考に影響する個人情報をご提供いただけなかった場合には、ご提供いただけなかった個人情報に関して考慮できない可能性があります。

**8. 個人情報の返却・廃棄**

残念ながら不採用とさせていただいた場合には、ご提出頂いた書類は適切な方法で廃棄させていただきます。

**9.お問合せ窓口**

個人情報の利用目的通知・開示・訂正・利用停止等のご請求、その他ご不明な点につきましては下記までご連絡ください。

〒０２０－００２５  
岩手県盛岡市大沢川原３－７－３０

岩手県国民健康保険団体連合会　　個人情報問合せ窓口　　総務課庶務係  
ＴＥＬ：０１９－６２３－４３２２  
FAX：０１９－６２２－１６６８  
電子メール：syomu-01@iwate-kokuho.or.jp

以上

以上の内容を確認し、これに同意します。

年　　　月　　　日

［現住所］

［氏名］