

応募職種に○を付けてください。

保健師

臨床検査技師

診療放射線技師

| 取 得 年 | 月 | 免 許 ・ 資 格 (免許証の写を添付すること) | |
|-------------------------|---|--------------------------------------------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 健康状態 | | ※ 通勤方法 【 自家用車利用・交通機関利用 】 通勤時間 【 約_____時間_____分 】 | |
| 志望の動機 | | | |
| 特技、アピールポイントなど | | 性 格 | |
| 配 偶 者 ※ 有 ・ 無 | | 配偶者の扶養義務 ※ 有 ・ 無 | 扶養家族数 (配偶者を除く) 人 |
| 本人希望記入欄 (特に希望があれば記入のこと) | | | |

公益財団法人栃木県保健衛生事業団

・採用募集は**最初に**何で知りましたか。

- 1 ナースバンク 2 ハローワーク 3 学校 4 ホームページ 5 新聞広告
6 その他 ()

採用選考者の個人情報の取扱い及び利用目的について

採用試験応募者各位

公益財団法人栃木県保健衛生事業団

当事業団では、採用試験応募者の個人情報を、以下に示す目的のために取得し利用させていただきます。ここに示した利用目的の範囲を超えて、個人情報を利用することはございません。

- (1) 採用選考を目的とした連絡
- (2) 採用選考に関する情報の提供
- (3) その他、採用選考に必要な連絡業務

- * 取り扱わせていただく個人情報については、機密保全に万全を期し適正に管理します。
- * 採用試験応募者が採用決定となった場合、取得した個人情報は当事業団職員の個人情報として保管管理いたします。詳細については採用手続き時に別途説明を行います。
- * 採用試験応募者が不採用となった場合、提出いただいた書類は返却するとともに、職務遂行に必要な内容の確認及び合否の判定材料として複写・複製して使用した個人情報は当該採用選考業務が終了後速やかに、適切な方法にて廃棄、削除いたします。
- * 採用選考者の個人情報の取扱い及び利用目的を理解し、同意の上応募するようにしてください。同意いただけない場合、選考を開始することができませんので予めご了承願います。
- * 当該個人情報の開示・訂正等についてご質問やご相談のある方は下記の「個人情報に関する苦情・相談窓口」にお問い合わせください。

「個人情報に関する苦情・相談窓口」

〒320-8503 宇都宮市駒生町3337-1

公益財団法人栃木県保健衛生事業団 管理部総務課

TEL: 028-623-8181

FAX: 028-623-8586

公益財団法人栃木県保健衛生事業団

個人情報保護管理者 高橋 浩一

個人情報取扱同意確認書

私は、この度の採用試験にあたり、貴事業団の採用試験応募者の個人情報の取扱い及び

利用目的について 同意いたします (いずれかのに \surd を記入してください)
 同意しません

年 月 日

住所

氏名

印