

EntrySheet

松山市歯科医師会の歯科衛生士復職支援センターにご登録いただければ、各種復職セミナーや研修会のご案内、復職に向けてのご相談など、お手伝いをして参ります(全て無料)。

氏名	カナ 姓	カナ 名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	(西暦) 年 月 日	生まれ 満 才	
住所	カナ 〒 ←郵便番号7桁で記入してください		
連絡方法	電話番号		
	携帯・PHS等		
	FAX		
	※TEL連絡時の注意点があれば明記ください。(時間帯など)		
	E-mail Address		
	携帯Mail		

その他	現在の職業			仕事復職したい時期	
	現在、働いていない理由			勤務体系など希望条件	
	紹介者	歯科名	氏名	、その他()	

私は、一般社団法人松山市歯科医師会が、裏面に示す利用目的の達成に必要な範囲において、私に関する個人情報を取得し、利用することに同意致します。

年 月 日 住所

氏名(署名)

※登録日	<input type="checkbox"/>	※担当	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	------------	--------------------------

※お知り合いやお友達に、現在、お仕事をされていない歯科衛生士さんは
いらっしゃいませんか? ぜひご紹介ください。(紹介できる人がいる ・ いない)

個人情報に関する同意書

1. 個人情報の利用目的

一般社団法人 松山市歯科医師会(以下、当法人)は、貴殿より提出される個人情報を、以下の目的にのみ利用いたします。

・登録、求職活動支援、貴殿への連絡

2. 個人情報提供の任意性

当法人への個人情報の提出は任意ではありますが、当法人業務に必要な個人情報をご提出いただけない場合は、貴殿の求職活動支援等に支障が生じる場合があることをご了承ください。

3. 個人情報の開示、訂正等

当法人は、貴殿からの個人情報を、利用目的の達成に必要な範囲で、正確かつ最新の内容で管理します。
また、貴殿からの申し出により、貴殿の個人情報に関する利用目的の通知、開示、訂正・追加・削除、利用の停止等に、速やかに対応します。

4. 個人情報の管理窓口

個人情報の取扱い及び管理についてのお問合せ、及び当法人への個人情報に関する苦情及びご相談は、以下にて受付けます。

一般社団法人松山市歯科医師会
総合歯科医療連携室 歯科衛生士復職支援センター
個人情報保護ご相談窓口
〒790-0014 松山市柳井町2丁目6-2
TEL:089-932-5407 FAX:089-947-8654 個人情報取扱責任者 飯尾 秀人