

日本人間ドック・予防医療学会 退会届

理事会御中

全項目をご記入下さい。

年 月 日をもって貴会を退会いたします。

退会理由：

【A会員、B会員】

会 員 名 印

会員番号

連 絡 先 (〒)

電 話

【C会員、S会員】

施 設 名 印

会員番号

連 絡 先 (〒)

電 話

【この届けを記入した人】 会員ご本人の場合は未記入で結構です

氏 名

◆個人情報の取扱いについて(別添の「個人情報の取扱いについて」をご覧ください。)
当学会の個人情報の取扱いについて同意いただける方は「同意する」にチェックを入れてください。

同意する 同意しない

送付先：

〒102-0075

東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル1F

日本人間ドック・予防医療学会 退会 係あて

FAX 03-3265-0083 まで

個人情報の取扱いについて（会員用）

1. 個人情報の利用目的

- ・会員登録情報管理のため。

2. 個人情報の提供

以下の場合を除き、あらかじめご本人の同意を得ないで、個人情報を提供することはありません。

- ・法令に基づく場合。
- ・人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ・公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ・国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

3. 個人情報の委託

個人情報の取扱いの全部または一部を委託することがあります。委託にあたっては、十分な個人情報の保護水準を満たしている者を選定し、委託を受けた者に対する必要、かつ適切な監督を行います。

4. 個人情報の開示等の求めについて

個人情報の「開示等のご請求」につきましては、以下の「個人情報に関わる苦情・相談窓口」で受け付けております。本法人の「開示対象個人情報の取扱いについて」に基づき、遅滞なく回答いたします。

5. 個人情報提供の任意性

個人情報のご提供は任意です。ただし、必要な個人情報をご提供されない場合には、上記利用目的の業務を履行できない場合があります。

〈個人情報に関わる苦情・相談窓口〉
公益社団法人日本人間ドック・予防医療学会
〒102-0075 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル1F
個人情報保護管理者（兼 苦情・相談窓口責任者）：総務課
TEL：03-3265-0079 FAX：03-3265-0083
E-Mail：info@ningen-dock.jp