

日本糖尿病療養指導士 (CDEJ) 個人情報の提供について

一般社団法人 日本糖尿病療養指導士認定機構
〒113-0033 東京都文京区本郷 2-30-7 本郷 T&S ビル 3 階
TEL : 03-3815-1481 FAX : 03-3815-1487
※お電話・FAX の番号間違いにご注意ください

日本糖尿病療養指導士の (CDEJ) 個人情報は、「日本糖尿病療養指導士 (CDEJ) 個人情報の第三者提供に関する規定」に基づき、以下の利用目的に限り、希望される方に提供いたします。

個人情報提供を希望する方は、注意事項をご確認の上、申請してください。

- | |
|---|
| (1) CDEJ に対する糖尿病療養指導研修に関する情報提供
(2) CDEJ に対する糖尿病療養指導に関する研究事業の要請または支援
(3) CDEJ に対する糖尿病療養指導に関する職務の紹介
(4) その他、機構が CDEJ の活動およびその社会的地位あるいは認知度向上のために有用と判断したもの |
|---|

◆ 個人情報提供の概要

- (1) 「申請書の受付」→「理事会の個別審査」を経て提供します。申請受付から提供まで、おおむね 10 日～2 週間程度を要します。
- (2) 提供する個人情報は、原則として宛名ラベルの形でお送りします。記載内容は氏名・送付先住所 (自宅/勤務先のいずれか) です。
- (3) 希望する条件に該当する CDEJ のうち、個人情報の提供に同意している方のみの情報を提供します。提供に同意している方は、CDEJ 有資格者の約 60% です (平成 26 年 4 月現在)。
- (4) 平成 26 年 4 月より、手数料 (提供人数×10 円、送料込) を頂戴することになりました。宛名ラベル送付時に同封の払込取扱票により、お振込みをお願いいたします。

◆ 個人情報提供申請のしかた

【1】 個人情報提供申請書の記入上の注意

申請者	個人情報を利用する方が申請してください。 ※ 原則として営利企業へは提供しません。 利用目的が「団体・企業等が共催する研修会の開催案内」等の場合、企業担当者ではなく団体の代表者・世話人等の方が申請してください。 ※ 個人情報は「連絡担当者」宛に送付します。 「連絡担当者」は申請者以外でも可ですが、企業担当者は不可です。
利用目的	具体的にご記入ください。
利用期限	当年度 (4 月～3 月) の範囲でご記入ください。 ※ 個人情報の利用に必要な「最小限」の期間でご記入ください。 ※ 当年度内は使用せず次年度以降に使用する場合は、その旨ご記入ください。 (次年度分として取り扱います。個人情報の提供は翌年度 4 月となります。) ※ 当年度に引続き次年度も利用したい場合は、次年度に再度申請してください。
情報の種類	※ 「職種」と「地域 (在住 and/or 在勤)」を選択してください。 ※ その他、ご希望があれば、「その他」欄にご記入ください。ただし、対応できない場合もありますのでご了承ください。

【2】 添付資料について

- (1) 組織・団体の定款・規則等を必ず添付してください。
- (2) 研修会等の開催案内を目的とする場合は、当該研修会のプログラム等を添付してください。
- (3) その他、申請者 (団体) や利用目的に関する説明資料があれば添付してください。

【3】 その他

- (1) 個人情報の提供が承認された場合、CDEJ News Letter (CDEJ を対象に年 4 回発行) に提供先・利用目的・提供内容 (職種・地域)・利用期限を掲載します。

以上

平成.....年.....月.....日

一般社団法人 日本糖尿病療養指導士認定機構
理事長 殿

日本糖尿病療養指導士 (CDEJ) の個人情報提供申請書 (組織・団体用)

組織・団体名

代表者 (役職名.....)

印

連絡担当者名 :

連絡担当者所属 :

連絡先住所 〒.....

連絡先電話.....-.....-.....

申請者は、下記のとおり日本糖尿病療養指導士 (CDEJ) の個人情報を利用したいので、個人情報の提供を要請します。

提供を受けた CDEJ の個人情報は、万全の配慮を持って管理するとともに、本申請書に記載した利用目的に限って使用し、それ以外の目的での使用ならびに他者への提供はいたしません。また、利用目的を達した際あるいは利用期限が到来した際にはすみやかに破棄します。

記

1. 利用目的 (具体的に書いてください)		
2. 利用期限 (年度内に限る)年.....月.....日	
3. 提供を希望する情報の種類	1) 職種	全職種 ・ 一部職種 (↓希望する職種すべてに○) (准)看護師 ・ (管理)栄養士 ・ 薬剤師 臨床検査技師 ・ 理学療法士
	2) 地域	全国 ・ 一部地域 (↓都道府県名を明記)
		上記の地域について 在住 ・ 在勤 (←希望するものに○) ※選択されない場合、「郵便物の送付先」が上記地域に該当する方の情報を提供します
	3) その他の希望	※対応できない場合があります

以上

※組織・団体の定款・規則等を添付してください。

※その他、利用目的を具体的に説明する資料があれば添付してください。

※送付先：日本糖尿病療養指導士認定機構 〒113-0033 文京区本郷 2-30-7 本郷 T&S ビル 3 階

※平成 26 年 4 月より手数料 (提供人数×10 円、送料込) を頂戴いたします。