

令和3年度新規職員採用試験エントリーシート

年 月 日 現在

| | |
|------------|---|
| ふりがな 氏名 | 印 |
|------------|---|

【希望職種、勤務地等】（希望するところに○印をつけてください）

| | |
|----------------------------------|--|
| 希望 職種 | 健康診断・人間ドック 診療放射線技師 看護師 准看護師 臨床検査技師 保健師（保健指導業務 健康診断業務） 一般職 岩室リハビリテーション病院 介護福祉士 介護老人保健施設いわむろの里 看護師 准看護師 介護福祉士 |
| 希望地域または希望施設 （健康診断・人間ドック希望の場合） | |
| 居住予定地 | 現住所 ・ 家族住所 ・ その他（ ） |
| 居住地からの通勤 | 1. 強く希望する 2. 希望する 3. こだわらない |

| |
|-------------------------------------|
| 当会のイメージ 若しくは 当会に興味をもった理由 |
| 医学協会にとって、あなたを採用するメリットは何ですか |
| 今までに一所懸命打ち込んだことがありますか（具体的に） |
| 履歴書に記載の退職履歴 及び 学歴、職歴に空白期間がある場合の詳細理由 |
| 自己PR |

採用応募者個人情報の取扱いに関する通知及び同意書

一般社団法人新潟県労働衛生医学協会（以下「当会」という）は、採用応募者の方から個人情報を取得する際は、以下のように取扱います。同意いただける場合は署名をお願いします。

1. 当会の名称 : 一般社団法人新潟県労働衛生医学協会
2. 個人情報保護統括責任者 : 理事長（電話番号：025-267-1200）
3. 個人情報の取得と利用について

履歴書の提出等により、氏名、住所、性別、生年月日、電話番号、顔写真等の個人情報をご提供いただきます。

ご提供いただいた個人情報は、雇用判断以外の目的で利用することはありません。

4. 第三者提供と委託について

人材募集において取得した個人情報は、法令等の定めにより個人情報の開示が求められた場合を除き、第三者に提供しません。また、当該個人情報の取扱いを外部に委託しません。

5. 個人情報の開示等のお問い合わせ

ご提供いただく個人情報に関するお問い合わせは下記へお願いします。

一般社団法人新潟県労働衛生医学協会 総務部

〒951-8133 新潟市中央区川岸町1丁目39番地の5

電話番号 025-267-1200 / F A X 025-267-1207

受付時間 月曜～金曜日（祝日を除く）9:00～17:00

6. 個人情報の提供の任意性等について

採用応募者は当会が求める個人情報の提供を断ることができますが、提供されないために書類選考及び面接ができない場合は、不採用となりますのでご了承ください。

7. 不採用の場合の取扱いについて

不採用者の履歴書等は、ご本人に返却するか、当会で適切に廃棄します。いずれかのご希望をお伝えください。

一般社団法人 新潟県労働衛生医学協会
会 長 佐 藤 幸 示 殿

私は、上記の取扱いに同意します。

令和 年 月 日 氏名(自署).....印