

**FAX 0125-24-6672**

お問い合わせ・お申し込み先

郵送先

一般社団法人 空知歯科医師会 事務局

〒073-0036 滝川市花月町1丁目2番26号 ホテル三浦華園

TEL 0125-22-4539 (受付時間 13:00～16:30)

WEB

<http://sdental.jp/>

空知歯科医師会

検索

## 参加申込書

(必須)

ふりがな  
氏 名

(必須)

〒  
住 所

(必須)

TEL ( )  
連絡先 MAIL @

性 別 男 ・ 女 年 齢 ( ) 歳

※ 一社) 空知歯科医師会 (以下、当法人) では、お預かりした個人情報について、以下のとおり適正かつ安全に管理・運用することに努めます。

### 1. 利用目的

当法人は、収集した個人情報について、以下の目的のために利用いたします。

- ① 本交流会における案内のため
- ② 資料送付のため
- ③ 相談・お問い合わせへの回答のため
- ④ 交流会開催後の歯科医院とのマッチングのため

### 2. 第三者提供

当法人は、以下の場合を除いて、個人データを第三者へ提供することはありません。

- ① 法令に基づく場合
- ② 人の生命・身体・財産を保護するために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- ③ 公衆衛生の向上・児童の健全な育成のために必要で、本人から同意を得ることが難しい場合
- ④ 国の機関や地方公共団体、その委託者などによる法令事務の遂行にあたって協力する必要がある、かつ本人の同意を得ることで事務遂行に影響が生じる可能性がある場合

### 3. 開示請求

貴殿の個人情報について、ご本人には、開示・訂正・削除・利用停止を請求する権利があります。  
手続きにあたっては、ご本人確認のうえ対応させていただきますが、代理人の場合も可能です。詳細については、当法人までお問い合わせください。