しまね地域医療支援センター登録申込書

センター登録番号

年　　月　　日

しまね地域医療支援センター理事長　様
島　根　県　知　事　　様

私は、個人情報の取扱いについて同意のうえ、しまね地域医療支援センターへの登録を申し込みます。

ふ り が な			性　　別
氏　　名			男 ・ 女
生 年 月 日		年　　月　　日（　　歳）	
連絡先	住　　所	〒　　－	
	電話番号		
	E-mail	PC：	
		携帯：	
大　　学		（　　年生）	
入　学　枠		島大　・地域枠　・緊急医師確保対策枠 ・県内定着枠　・学士地域枠 ・一般枠（全国大学枠） 鳥大　・島根県枠　・一般枠 その他（　　）	
奨学金受給の有無		有　・島根県「医学生地域医療奨学金」 ・その他（　　） 無	
自由記載 （将来の希望診療科や 希望勤務先など）			

※個人情報の取扱いについて

収集した個人情報は、「一般社団法人しまね地域医療支援センター個人情報保護規程」、「個人情報の保護に関する法律施行条例（島根県条例第 41 号）」に基づき適切に管理し、①キャリア形成支援、②奨学金管理事務、③医師確保対策等の行政施策推進のための資料作成の目的に使用します。なお、これ以外の目的には使用しません。

また、同情報は前述の目的の範囲内で、登録者が所属する医療機関等の関係機関へ提供することがあります。