赤十字健康生活支援講習支援員養成講習会申込書

氏名（ふりがな）		性別	男・女
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日　（　　歳）		
住所	〒		
電話番号			
携帯番号			

職業　差し支えなければ該当するものに○印をお付けください。

学生・専門学校生（　　関係）・主婦・赤十字職員・消防関係

警察関係・自衛隊員・教員・養護教員・その他の公務員・旅行会社

スポーツ指導員・会社員・団体職員・自営業・医療職（職名　　）

看護職員・保育士・福祉施設職員・会社員・その他（　　）

1．上記個人情報は、「日本赤十字社の保有する個人情報保護規程」に基づき、安全かつ厳重に管理いたします。
2．個人情報は、講習会の連絡・運営及び確証の交付・送付並びに赤十字事業の紹介・活動への参加呼び掛けのみに使用します。
3．個人情報は、ご同意なく第三者に開示・提供・預託することはありません。
4．個人情報の開示・訂正・削除については、以下の窓口までご相談下さい。

個人情報に関する問い合わせ窓口
日本赤十字社徳島県支部事務局　総務課
電話：088-631-6000（個人情報担当）