

(様式1)

## 卒業生・修了生名簿提供申請書

平成 年 月 日

神戸大学医学部保健学科同窓会  
神戸大学大学院保健学研究科同窓会  
就進会 会長 殿

\_\_\_\_\_年卒/修了 \_\_\_\_\_専攻/領域

取扱組織名：

取扱責任者名：

取扱連絡者名（上記と異なる場合のみ）：

住所：〒

電話番号：

ファックス番号：

E-mail(必ずお書きください)：

貴会会員の名簿を下記の理由で利用したく、提供をお願い申し上げます。提供される名簿については、利用目的外に使用せず、同窓会の個人情報保護方針に則り、個人情報の保護に努めます。また、万が一下記目的外に使用される、個人情報が漏洩した場合は、その責任を取扱責任者が負います。

### 記

1. 使用目的（具体的に記して下さい）

2. 提供希望個人情報範囲

1) 誰の（専攻/領域・卒業/修了年・氏名をご記入ください）：

2) 選択して○をつけてください。（自宅住所・自宅電話番号・勤務先名・勤務先住所）

3. 個人情報提供方法

1) 選択して○をつけてください。・・・紙媒体の郵送・エクセルデータ・PDFデータ  
（郵送の場合は、郵送費をご負担いただきます。支払先等は別途ご連絡します。）

2) 提供先：上記申請者と異なる場合は、下記に記載ください。

以上