

個人情報の共有に関する同意書

年 月 日

新 城 市 長

住所

氏名

印

新城市看護師修学資金の貸付け及び新城市民病院看護修学資金の貸付けを利用するに当たり、私に関する個人情報が次のとおり共有されることに同意します。

1 共有して利用する個人データ

氏名、住所、家族構成など個人の属性に関する情報
修学資金貸与希望者の選考評定点

2 情報共有者

新城市、新城市民病院

3 利用目的

新城市看護師修学資金貸付事業と新城市民病院看護修学資金の貸与者決定に当たっての選考作業及びこれに付随する業務の適切な遂行のため