

※送付先は更新書類とともに日本皮膚科学会へお送りください

## 個人情報の第三者提供に関するお願い

日本専門医機構認定専門医への移行に伴い、日本専門医機構にて更新に関わる二次審査を行うために必要な下記個人情報を提供するよう依頼がございました。つきましては、公益社団法人日本皮膚科学会にご登録いただいております下記①の個人情報の提供にご同意いただける方のみ、一般社団法人日本専門医機構に個人情報を提供いたします。ご同意いただける方は書面下にございます署名欄に自署にてご署名いただきますようお願い申し上げます。

なお、個人情報の提供ができない場合は、日本専門医機構認定専門医更新二次審査はできませんことをご留意くださいますようお願い申し上げます。

詳細は下記②へお問い合わせください。

### 記

#### ① 専門医機構に提供される個人情報の内容

- ・ 氏名
- ・ 医籍登録番号
- ・ 専門医登録番号
- ・ 生年月日
- ・ 性別
- ・ 専門領域名
- ・ メールアドレス
- ・ 勤務先名
- ・ 勤務先住所
- ・ 送付先住所
- ・ 専門医取得年月日
- ・ 専門医更新年月日
- ・ 共通講習単位
- ・ 診療実績単位
- ・ 領域講習単位
- ・ 学術実績単位

#### ② 個人情報に関するお問い合わせ先

〒100-0011 東京都千代田区内幸町二丁目 2 番 2 号 富国生命ビル 23 階

一般社団法人日本専門医機構 個人情報に関するお問い合わせ窓口 総務部

Mail : info-pv@jmsb.or.jp

TEL : 03-6824-9933 / FAX : 03-6824-9888 (受付時間 10 : 00～17 : 00)

上記内容に同意いたします。

西暦 年 月 日

氏名

\_\_\_\_\_