

2.「学校保健安全法に定められた感染症の感染」、3.「忌引き」用

以下の事項にご同意のうえ、申し込み団体の担当者へご提出ください。なお、ご記入いただく個人情報は、申し込み団体から公益財団法人日本数学検定協会へ提出されます。

【このフォームでお預かりする個人情報の取り扱いについて】

1) 事業者の名称：公益財団法人日本数学検定協会

2) 個人情報保護管理者の職名、所属及び連絡先：管理者職名=個人情報保護管理者、所属部署=事務局 事務局次長、連絡先=03-5812-8340

3) 個人情報の利用目的：

特別欠席にかかわる業務（団体情報の管理、担当者情報の管理、担当者との連絡、繰り越し金額の管理、各種問い合わせの対応など）のため。

4) 個人情報取り扱いの委託：

前項利用目的の範囲に限って個人情報を外部に委託することがあります。

5) 個人情報の第三者への提供：法令に定める特別の場合を除いて、ご本人の同意なく第三者へ開示・提供しません。

6) 個人情報の開示等の請求：

ご本人様はご自身の個人情報の開示等に関して、下記のお問い合わせ窓口に出ることが出来ます。その際、当協会にご本人様を確認させていただいたうえで、合理的な対応を期間内にいたします。

公益財団法人 日本数学検定協会 カスタマーサービスセンター 〒110-0005 東京都台東区上野 5-1-1 文昌堂ビル4階 TEL：03-5812-8341 FAX：03-5812-8345

電話お問い合わせ時間：月～金 10:00～16:00（祝日、年末年始、当協会の休業日を除く）

7) 個人情報を提供されることの任意性について：

ご本人様が当協会に個人情報を提供されるかどうかは任意によるものです。ただし正しい情報をいただけない場合、適切な対応ができない場合があります。

特別欠席同意書(コピーしてお使いください。)

公益財団法人 日本数学検定協会 行

実用数学技能検定 特別欠席同意書

記入日： 年 月 日

【 】内のどちらかに○をつけてください。

私は、【忌引き・学校保健安全法に定められている病気(病気：)】のため、今回の実用数学技能検定を欠席したことを、公益財団法人日本数学検定協会へ伝えることに同意します。また、欠席理由が「学校保健安全法に定められている病気」の場合、公益財団法人日本数学検定協会より求められれば、診断書の提出にも同意します。

本人、または保護者署名：

印

受検番号：

生年月日：

年 月 日

(※診断書の提出は当協会において判断が難しい病名の場合に限ります)