

個人情報取扱事務登録簿

事務番号	1	保有開始(予定)年月日	令和4年10月1日	変更(予定)年月日	令和6年4月1日
個人情報取扱事務を所管する組織の名称		保健医療介護部	ワンヘルス総合推進課		

個人情報取扱事務の名称	福岡県ワンヘルス推進協議会委員等委嘱事務
個人情報取扱事務の目的	協議会の委員に就任してもらうため、承諾書等の提出を求めるもの。
個人情報取扱事務の対象となる個人の範囲	委員に就任した者

個人情報ファイルの種別	<input checked="" type="checkbox"/> 法第60条第2項第1号(電算処理ファイル)	<input type="checkbox"/> 法第60条第2項第2号(マニュアル処理ファイル)
-------------	---	---

保有個人情報の記録項目等	
(本人に係る事項)	
<input type="checkbox"/> 個人識別符号	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名
<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 生年月日・年齢
<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 電話番号
<input type="checkbox"/> メールアドレス	<input type="checkbox"/> 本籍・国籍
<input type="checkbox"/> 家族構成等	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先・通学先等
<input type="checkbox"/> 職歴・学歴	<input checked="" type="checkbox"/> 役職(地位)
<input type="checkbox"/> 資格	<input type="checkbox"/> その他 [ ]
(提出書類)	
<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 住民票
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証
<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 健康保険証
<input type="checkbox"/> 証明写真	<input type="checkbox"/> 源泉徴収票
<input type="checkbox"/> 納税証明書等	<input type="checkbox"/> 通帳
<input type="checkbox"/> 資格・免許 その他証書	<input type="checkbox"/> 診断書等
<input type="checkbox"/> 手帳・受給者証等	<input checked="" type="checkbox"/> その他 [ 承諾書、履歴書 ]

要配慮個人情報の有無	<input type="checkbox"/> 含む	<input checked="" type="checkbox"/> 含まない
要配慮個人情報の記録項目	<input type="checkbox"/> 人種	<input type="checkbox"/> 信条
<input type="checkbox"/> 社会的身分	<input type="checkbox"/> 病歴	<input type="checkbox"/> 犯罪の経歴
<input type="checkbox"/> 犯罪により害を被った事実	<input type="checkbox"/> 心身の機能の障がい	<input type="checkbox"/> 健康診断等の結果
<input type="checkbox"/> 医師等による指導・診療・ 調剤に関する情報	<input type="checkbox"/> 刑事事件に関する 手続の事実	<input type="checkbox"/> 少年の保護事件に 関する手続の事実
条例要配慮個人情報の有無	<input type="checkbox"/> 含む	<input checked="" type="checkbox"/> 含まない

特定個人情報の有無	<input type="checkbox"/> 含む	<input checked="" type="checkbox"/> 含まない
-----------	-----------------------------	--

保有個人情報の収集先・提供先	
収集	<input checked="" type="checkbox"/> 本人から収集 <input checked="" type="checkbox"/> 本人から直接収集 <input type="checkbox"/> 所管課室・出先機関経由 <input type="checkbox"/> 業務委託先経由 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
提供	<input checked="" type="checkbox"/> 本人への提供 <input checked="" type="checkbox"/> 本人へ直接提供 <input type="checkbox"/> 所管課室・出先機関経由 <input type="checkbox"/> 業務委託先経由 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
	<input checked="" type="checkbox"/> 本人以外から収集 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input checked="" type="checkbox"/> 国、他の地方自治体等 <input checked="" type="checkbox"/> 本人の属する機関等 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
	<input type="checkbox"/> 本人以外への提供 <input type="checkbox"/> 他の実施機関への提供 <input type="checkbox"/> 国、他の地方自治体等への提供 <input type="checkbox"/> ホームページ等による公表 <input type="checkbox"/> その他 [ ]

備考

個人情報取扱事務登録簿

事務番号	3	保有開始(予定)年月日	令和5年8月21日	変更(予定)年月日		
個人情報取扱事務を所管する組織の名称		保健医療介護部	ワケヘルス総合推進課			
個人情報取扱事務の名称		福岡県ワケヘルスマスター認定・紹介事務				
個人情報取扱事務の目的		ワケヘルスの基本から実践的な取組例まで教えることができる人材を「福岡県ワケヘルスマスター」として認定し、地域や職場、学校等で学習会等を開催される方に対し、講師として紹介するため				
個人情報取扱事務の対象となる個人の範囲		福岡県ワケヘルスマスターとして認定された者				
個人情報ファイルの種別		<input checked="" type="checkbox"/> 法第60条第2項第1号(電算処理ファイル)		<input type="checkbox"/> 法第60条第2項第2号(マニュアル処理ファイル)		
保有個人情報の記録項目等						
(本人に係る事項)						
<input type="checkbox"/> 個人識別符号	<input checked="" type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 性別	<input checked="" type="checkbox"/> 生年月日・年齢	<input checked="" type="checkbox"/> 住所	<input checked="" type="checkbox"/> 電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> メールアドレス
<input type="checkbox"/> 本籍・国籍	<input type="checkbox"/> 家族構成等	<input type="checkbox"/> 勤務先・通学先等	<input type="checkbox"/> 職歴・学歴	<input type="checkbox"/> 役職(地位)	<input type="checkbox"/> 資格	
<input type="checkbox"/> その他	[ ]					
(提出書類)						
<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 証明写真
<input type="checkbox"/> 源泉徴収票	<input type="checkbox"/> 納税証明書等	<input type="checkbox"/> 通帳	<input type="checkbox"/> 資格・免許 その他証書	<input type="checkbox"/> 診断書等	<input type="checkbox"/> 手帳・受給者証等	
<input type="checkbox"/> その他	[ ]					
要配慮個人情報の有無	<input type="checkbox"/> 含む		<input checked="" type="checkbox"/> 含まない			
要配慮個人情報の記録項目	<input type="checkbox"/> 人種	<input type="checkbox"/> 信条	<input type="checkbox"/> 社会的身分	<input type="checkbox"/> 病歴	<input type="checkbox"/> 犯罪の経歴	<input type="checkbox"/> 犯罪により害を被った事実
	<input type="checkbox"/> 心身の機能の障がい	<input type="checkbox"/> 健康診断等の結果	<input type="checkbox"/> 医師等による指導・診療・調剤に関する情報	<input type="checkbox"/> 刑事事件に関する手続の事実	<input type="checkbox"/> 少年の保護事件に関する手続の事実	
条所要配慮個人情報の有無	<input type="checkbox"/> 含む		<input checked="" type="checkbox"/> 含まない			
特定個人情報の有無	<input type="checkbox"/> 含む		<input checked="" type="checkbox"/> 含まない			
保有個人情報の収集先・提供先						
収集	<input checked="" type="checkbox"/> 本人から収集 <input checked="" type="checkbox"/> 本人から直接収集 <input type="checkbox"/> 所管課室・出先機関経由 <input type="checkbox"/> 業務委託先経由 <input type="checkbox"/> その他 [ ]			<input type="checkbox"/> 本人以外から収集 <input type="checkbox"/> 他の実施機関 <input type="checkbox"/> 国、他の地方自治体等 <input type="checkbox"/> 本人の属する機関等 <input type="checkbox"/> その他 [ ]		
提供	<input checked="" type="checkbox"/> 本人への提供 <input checked="" type="checkbox"/> 本人へ直接提供 <input type="checkbox"/> 所管課室・出先機関経由 <input type="checkbox"/> 業務委託先経由 <input type="checkbox"/> その他 [ ]			<input checked="" type="checkbox"/> 本人以外への提供 <input type="checkbox"/> 他の実施機関への提供 <input type="checkbox"/> 国、他の地方自治体等への提供 <input type="checkbox"/> ホームページ等による公表 <input checked="" type="checkbox"/> その他 [福岡県ワケヘルスマスター紹介事業依頼者]		
備 考						