

(通年用)

日本パラリンピック委員会加盟競技団体
強化指定選手 各位

メディカルチェックおよび使用薬物調査における個人情報の取扱いについて

日本パラリンピック委員会では、加盟する競技団体強化指定選手の健康状態の確認のために、日本パラスポーツ協会医学委員会が定める様式で各選手からメディカルチェックおよび使用薬物調査に関する書類の提出をお願いいたしますが、個人情報につきましては、個人情報保護法および公益財団法人日本パラスポーツ協会個人情報保護取扱規程を遵守し、別添の「メディカルチェック・使用薬物調査における個人情報の取扱いについて」に従い適正にお取り扱いいたします。

同意書

日本パラリンピック委員会 会長 殿

私は、上記内容について説明を受け、これに同意します。

令和 年 月 日

本人署名 _____

保護者・成年後見人・代理人の署名: _____ 本人との関係()

- ※ 選手が未成年の場合は、保護者署名をお願いします。また、知的障がいによって法的責任能力がない場合は、成年後見人または保護者の署名をお願いします。
- ※ 視覚障がいにより自筆の署名が不可能な場合、委任者(代理人)の署名をお願いします。