



## キッズクラブ入会申込書

保護者のお名前 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

お子様のお名前 \_\_\_\_\_

お子様の生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_ 歳)

性別 \_\_\_\_\_

### 個人情報の取扱いについて

1. 事業者の氏名または名称  
ゆうかデンタルクリニック

2. 個人情報保護管理者  
ゆうかデンタルクリニック 院長 土田裕郁 〒1477-0033 東京都練馬区高野台 5-19-11  
TEL 0120-954-001

3. 利用目的  
ご記入いただいたお子さまと保護者の方の個人情報は、当院での診療のために利用するほか、当クラブの運営および特典等の利用状況の把握、当院のイベント・サービス等情報の発信のため利用することがあります。

4. 個人情報の第三者提供について  
ご記入いただいた個人情報は、ご本人の同意がある場合または法令に基づく場合を除き、第三者に提供することはありません。

5. 個人情報の取り扱い委託について  
ご記入いただいた個人情報の全部または一部を委託することはありません。

6. 開示対象個人情報の開示等およびお問い合わせ窓口について  
ご本人からの求めがあれば、ご記入いただいた個人情報の利用目的の通知、開示、内容の訂正、追加または削除、利用の停止、消去に応じます。

お問い合わせは以下をお願いします。