

メディカルフォーム / メディカルサーティフィケート申請書

フリガナ		性別	生年月日	満年齢
氏名		男・女	年 月 日	
JAF会員番号 (12桁) ※ライセンス番号	— —			
現住所	〒 _____			
	都道 府県			
連絡先	TEL ()		FAX ()	
	e-mailアドレス:			
メディカルサーティ フィケート送付先	(上記と異なる場合はご記入ください) 〒 —			

注1) 審査にお時間を頂くことがありますので、予めご了承ください。

注2) 審査に必要な追加の資料をご提出頂く場合があります。

注3) 下記『JAFのモータースポーツに関する個人情報の取り扱いについて』を参照、同意のうえご提出ください。

- 提出書類** ①メディカルフォーム / メディカルサーティフィケート申請書 (本用紙)
②記入済みのAnnual Medical Examination

提出先 JAF支部窓口

※メディカルフォームの診断結果を確認し、問題がなければ受領から2週間を目途にメディカルサーティフィケートを上記記載住所へレターパックまたは簡易書留にて返送します。

責任者	受付	領収
		¥8,400

JAFのモータースポーツに関する個人情報の取り扱いについて

個人情報保護管理者：本部総務部長

利用目的：モータースポーツ機関誌の発送

モータースポーツにかかる諸手続きに関する業務

競技結果成績のデータベース構築及びその公表

登録クラブ・団体名簿への掲載 (代表者名、連絡担当者名及び連絡先)

ライセンス講習会に関するお知らせ (講師名)

モータースポーツにかかるアンケート調査に関すること

モータースポーツ統計の作成

委託について：取り扱いの全部または、一部を委託する場合があります。開示等に関しては、最寄りのJAF支部窓口にお問い合わせください。

注意事項：必須項目にご記載いただけない場合は利用目的に記載した内容が行えない場合があります。