

## 登録簿

届出番号	8 - 2 - 104	開始年月日	令和2年06月01日		変更年月日	
局コード	115	局名	保健医療局		部コード	8 部名 保健所(共通)
課コード	2	課名	生活環境安全課			
同一の事務を所管する課		保健所共通				
保有個人情報を取り扱う事務の名称		指定成分等含有食品による健康被害情報				
保有個人情報を取り扱う事務の目的		営業者から届出があった指定成分等含有食品による健康被害情報を、厚生労働大臣に報告する。				
保有個人情報の対象者の範囲		指定成分等含有食品取扱事業者				
保有個人情報の記録項目	基本的事項	心身の状況	家族状況等	社会生活等		その他
	<input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 識別番号 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 国籍 <input type="checkbox"/> 本籍 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input checked="" type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 電子メールアドレス	<input type="checkbox"/> 健康状態 <input type="checkbox"/> 病歴 <input type="checkbox"/> 身体の特徴	<input type="checkbox"/> 家族状況 <input type="checkbox"/> 親族関係 <input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 職業 <input type="checkbox"/> 職歴 <input type="checkbox"/> 思想 <input type="checkbox"/> 学歴 <input type="checkbox"/> 学業 <input type="checkbox"/> 信教 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 賞罰 <input type="checkbox"/> 信条 <input type="checkbox"/> 成績 <input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 社会的差別の原因となる個人情報* <input type="checkbox"/> 財産 <input type="checkbox"/> 収入 <input type="checkbox"/> 納税状況 <input type="checkbox"/> 公的扶助 <input type="checkbox"/> 趣味		<input type="checkbox"/> 口座情報 <input checked="" type="checkbox"/> その他*
保有個人情報の処理形態		<input checked="" type="checkbox"/> 電磁的記録以外		<input checked="" type="checkbox"/> 電磁的記録		<input type="checkbox"/> オンライン結合
保有個人情報の主な収集先		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 <input type="checkbox"/> 都の当該機関内等 <input type="checkbox"/> 他の都の機関等 <input type="checkbox"/> 他の官公庁 <input type="checkbox"/> 民間・私人 <input type="checkbox"/> その他*				
保有個人情報の経常的な目的外利用・提供先		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 都の当該機関内等  <input type="checkbox"/> 他の都の機関等  <input type="checkbox"/> 他の官公庁  <input type="checkbox"/> 民間・私人  <input type="checkbox"/> その他*           </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 目的外利用  <input type="checkbox"/> 目的外提供           </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 法69条 1項  <input type="checkbox"/> 法69条 2項 1号  <input type="checkbox"/> 法69条 2項 2号  <input type="checkbox"/> 法69条 2項 3号  <input type="checkbox"/> 法69条 2項 4号           </div> </div>				
外部委託・指定管理者による代行の有無		委託 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有*		再委託 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有*		
備考		その他の記録項目:健康被害があった人の氏名、連絡先、年代、健康状態				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           *を付した項目について            具体的内容等を記載         </div>						
事務を廃止した場合		廃止年月日:			文書保存期限:	