

個人情報ファイルの名称	学生教育研究災害傷害保険等加入者ファイル	
独立行政法人等の名称	国立大学法人福井大学	
個人情報ファイルが利用に供される事務をつかさどる組織の名称	事務局学務部学生サービス課	
個人情報ファイルの利用目的	学生教育研究災害傷害保険等の加入者把握及び連絡に利用する	
記録項目	1学籍番号, 2氏名, 3フリガナ, 4性別, 5学部, 6学科, 7学年, 8入学年度, 9学研災加入期間, 10学研災加入金額, 11学研災加入年月日, 12学研災保険期間終了日, 13賠償保険加入期間, 14賠償保険加入金額, 15賠償保険加入年月日, 16賠償保険期間終了日, 17異動情報	
記録範囲	学生教育研究災害傷害保険等の加入者	
記録情報の収集方法	学生教育研究災害傷害保険等の加入申請書から収集	
記録情報の経常的提供先	_____	
開示請求等を受理する組織の名称及び所在地	(名 称)国立大学法人福井大学事務局総務部総務課	
	(所在地)〒910-8507 福井県福井市文京3-9-1	
訂正及び利用停止について, 他の法律又はこれに基づく命令の規程による特別の手続きが定められている場合の当該法令の名称等	_____	
個人情報ファイルの種別	<input checked="" type="checkbox"/> 法第2条第4項第1号 (電算処理ファイル)	<input type="checkbox"/> 法第2条第4項第2号 (マニュアル処理ファイル)
	令第4条第3号に該当するファイル <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備 考	_____	