

ご利用者の個人情報保護に関する同意書

年 月 日

BOND BASE 看護 様

私（利用者及び家族）の個人情報については、下記の必要最小限の範囲で使用することを同意します。

1. 個人情報の利用目的

- () サービスの申し込み及びサービスの提供を通じて収集した個人情報が、諸記録の作成、私へのサービス提供及び状態説明に必要な場合
- () サービスの提供に関することで、第三者への個人情報の提供を必要とする場合、主治医の所属する医療機関、連携医療機関、連携居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所若しくは介護予防支援事業所からの私のサービス等に関する照会への回答
- () サービスの提供に関すること以外で、以下のとおり必要がある場合
医療保険介護保険請求事務所、保険者への相談・届出、照会の回答、会計・経理、損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
 - ※ 学生等の実習・研修協力（事前に確認し私の同意を得る）
 - ※ 学会や学会誌等での発表（匿名化が困難な場合には私の同意を得る）

2. 個人情報の保護

収集した私の個人情報は、保存方法、保存期間及び廃棄処分については適応される法律の下に処分すること。

サービスご利用者

住所：

氏名： _____

印

サービスご利用者家族

住所：

氏名： _____

印