

「薬剤師のおためし訪問」事業に関する同意書 (個人情報利用について)

平成 29 年度「患者のための薬局ビジョン推進事業」多職種連携による薬剤師・薬局の在宅医療サービス推進事業（山形県委託事業）「薬剤師のおためし訪問」の実施にあたり、私の個人情報については、次に定める条件で、必要最低限の範囲で利用することに同意します。

1. 使用する目的

事業報告書作成のために行う山形県薬剤師会への情報提供

2. 提供する情報

性別、年代、保険の種類、居住形態、訪問内容

3. 使用にあたっての条件

得られた情報は、個人が特定されないよう匿名化する。また、データを閲覧できる者は、この事業に関わるもののみ限定する。この事業で知り得た個人情報は、法律の規定がある場合等の例外を除き、明示した目的以外には使用しない。

4. 事業終了後の個人情報の取り扱いについて

事業終了後は、個人が特定される紙の資料等はシュレッダーにかけて破棄し、電子媒体については消去する。

平成 年 月 日

利用者 住所

氏名

利用者代理 住所

(利用者が記入できない場合)

氏名