

# 個人情報利用同意書

\_\_\_\_\_は（及び私の家族）の個人情報の利用については、  
下記により必要最小限の範囲内で使用することを同意します。

## 記

### 1. 使用目的

- (1) 請求等のための事務・会計
- (2) 担当職員と保育担当者との間で、利用者の状態や家族の状況を把握するため
- (3) 運営の補助にあたり大府市及び国や県への届出等の提出に必要な場合
- (4) 診療にあたり隣接した病院への医師等の意見・助言を求める場合

### 2. 個人情報を提供する事業所

- (1) 受託した保育事業者
- (2) 隣接した病院（大府あおぞら有床クリニック）
- (3) 運営の補助にあたり大府市及び国や県

### 3. 使用する期間

利用登録されている間

### 4. 個人情報の取扱いについてのご説明

個人情報については、「個人情報保護法」に基づき適正に運営管理しています。

患者様の個人情報の取得、利用および提供にあたっては、上記の利用目的を明確にし、目的達成に必要な情報のみを取得するとともに、その範囲を超えて利用することはいたしません。

以上

平成 年 月 日

医療法人社団明照会 大府あおぞら有床クリニック 病児保育「紙ひこうき」  
代表者 渡邊 芳夫  
愛知県大府市吉田町半ノ木45番地1  
電話 0562-85-1510

住所	〒	—	TEL	
			携帯	
登録者氏名			保護者氏名 (署名又は記名押印)	