様式 2

記載例

平成 29 年度「患者のための薬局ビジョン推進事業」

「薬剤師のおためし訪問」に関する同意書

(患者さま⇒薬剤師・薬局)

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（長野県委託事業）「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長野県薬剤師会への情報提供

2．提供する情報

性別、年代、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します。また、データを閲覧できる人は、この事業に関わるもののみにします。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ません。

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ターにかけて破棄し、電子媒体については消去します。

平成 29 年 11 月 1 日

自筆署名のみでも可

利　用　者　住所　松本市旭 2-10-15

氏名　旭町　次郎

利用者代理　住所

(利用者が記入できない場合)

氏名