平成３０年度中津地区における薬局薬剤師の在宅業務推進事業

様式3

「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３０年度中津地区における薬局薬剤師の在宅業務推進事業「薬剤師のおためし訪問」の利用にあたり、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使用することを同意します。

１．使用する目的

　　事業報告書作成のために行う中津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ダーにかけて破棄し、電子媒体については消去します。

平成　　年　　月　　日

　　利　用　者　住所

　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　利用者代理　住所

(利用者が記入できない場合)

　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印