

平成 年 月 日

# 承諾書

病院名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

一般社団法人日本病院会「医師事務作業補助者コース」の研修内容を当院の医師事務作業補助者研修として認め、上記の者が受講することを承諾します。

平成 年 月 日

診療情報管理士教育委員会  
委員長 武田 隆久 殿

病院名 \_\_\_\_\_

役職 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

注) 承諾署名・押印者は、病院管理者（原則、院長または理事長）であること。

## 個人情報等の取り扱いに関して

日本病院会主催 医師事務作業補助者コースにおきまして、下記によりあなたの肖像（受講風景等の画像）ならびに個人情報を利用させていただきたく、内容をご確認のうえ、ご承諾いただきますようお願い申し上げます。

なお、写真等の掲載および個人情報の取り扱いについては、肖像権並びに個人情報保護の観点から本会として万全の措置を取らせていただきます。

### 記

#### 1.個人情報の利用目的について

肖像並びに個人情報の使用について一般社団法人日本病院会は、受講者からご提示いただいた名前、住所、電話番号、性別その他の受講者個人に関わる情報（以下「個人情報等」）を、日本病院会 医師事務作業補助者コースに関する受講者への連絡、受講者管理、修了証の作成に利用させていただき、受講者の承諾なく、他の目的には利用いたしません。

#### 2.個人情報の委託について

一般社団法人日本病院会は、医師事務作業補助者コース開催に伴いお預かりした個人情報等を、以下のいずれかに該当する場合を除き、取り扱いを委託することはありません。

- ・連絡物の作成、発送を業者に委託する場合

#### 3.個人情報の提供の任意性について

個人情報の提供がされない場合、受講することが出来ません。

#### 4.個人情報の開示等について

一般社団法人日本病院会は、個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、受講者ご本人であることをご確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。また、入講後は、個人情報等を含む受講申込書類一式は原則、返却いたしません。

個人情報管理管理者

以上

「個人情報等の取り扱いに関して」に同意いただけましたら、以下の承諾書にご自署願います。

平成29年9月1日

一般社団法人 日本病院会  
診療情報管理士教育委員会  
委員長 武田 隆久

## 個人情報等の使用に係る同意書

「日本病院会主催医師事務作業補助者コース 個人情報等の取り扱いに関して」に同意します。

平成29年 月 日

勤務先名： \_\_\_\_\_

ご署名： \_\_\_\_\_