**個人情報利用に関する同意書（実習生用）**

　(社医)石川記念会 ＨＩＴＯ病院が下記情報について取得・利用することをあらかじめ同意します。

■利用目的：ホームページ・SNS、パンフレット・チラシなどの広報物、診療案内、

広報等でのご紹介、院外における学会発表や論文、その他出版物、放送媒体など

■使用する情報：氏名、写真、肩書、経歴、所属学会・専門医・認定医、

その他（モットーや患者さまへのひと言等）

――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

　ご同意いただける区分にチェックをお願い致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同意します | 同意しません | 媒体・目的 |
| □ | □ | 当院ホームページやSNS、病院情報提供サイト |
| □ | □ | 紙媒体（広報誌およびパンフレット、講演会チラシなど） |
| □ | □ | 学会発表、論文、その他出版物、外部WEBサイト、TV、ビデオ放送などその他院外での情報利用　※集合写真・写り込みなど |

■当該本人等からの内容の確認・訂正あるいは利用停止を求められた場合には、利用を停止しますの

で、再度本同意書を修正の上、ご提出ください。

■院内掲示（保険医一覧、診療案内等）および届け出関係については、病院業務を行うために必要で

すので、使用する旨をご了承いただきますようお願い致します。

■非同意の場合は集合写真などの利用について撮影者に確認をお願いします。

　必要な場合は写ることを避けてください。

――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　印

（承認欄） 　　　　　　　　　　　　　　　　（確認欄）

