

個人情報使用同意書

私（および私の家族）の個人情報については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

記

1. 使用する目的

私のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業所との連絡調整などにおいて必要な場合

2. 使用する期間

指定通所介護利用契約期間と同じとする。

3. 条件

個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

【説明確認日】

令和 年 月 日

リハビリ型デイサービスめりふるの利用開始に際し、重要事項説明書、通所介護サービス契約書、個人情報保護に関する同意書に関する同意の説明を行いました。

事業者	所在地	高知県高知市梅ノ辻 2-6
事業者名		リハビリ型デイサービス「めりふる」

説明者

印

この契約を証するために、本書を作成し、利用者
それぞれ1通ずつ保有するものとします

が署名、押印の上、

契約締結日 令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代筆 _____ 続柄 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 _____

リハビリ型デイサービス「めりふる」
法人名 株式会社 ムルム
住所 高知県高知市梅ノ辻2番6号
代表者 伊井 雄二 印