

保護者各位

天理教学生担当委員会

こどもおちばがえり学生ひのきしん隊参加中に傷病等で
受診した際の個人情報への対応について

ご子女が「こどもおちばがえり学生ひのきしん隊」に参加されている間の安全には、十分に配慮させていただきますが、疾病や受診治療が必要と思われる際には、速やかに対応したいと考えています。

万一、病院受診する際には、保護者の方への報告や状態の報告は常にさせていただく所存ですが、個人情報保護法の施行により、未成年者の診療内容や症状の説明等、個人情報に関する部分は保護者の同意がない限り、他者が直接伺うことができなくなりました。傷病等発生時、より迅速に対応させていただく上からも、学生担当委員会スタッフ（又はその指名するもの）が症状の説明を受けることに同意していただきますようお願い申し上げます。

同意書の意義をご理解の上、以下の同意書を学生ひのきしん隊受付時にご提出ください。

※この同意書は学生ひのきしん隊期間中に傷病等で受診をし、担当医より病状の説明を受ける時以外に使用しません。また、学生ひのきしん隊終了後は個人情報に十分配慮して廃棄致します。

----- き り と り -----

同 意 書

こどもおちばがえり学生ひのきしん隊に参加している学生の保護者である私は、受診に際して傷病名や治療の内容、検査結果等、保護者への報告に必要な範囲での個人情報を、本状を持参した学生担当委員会スタッフ、またはその指名する者に提供することに同意いたします。

参加者氏名	性別	男	・	女
	生年月日	平成	年	月 日

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ 印 _____

参加者との続柄 ()

緊急時の連絡先 _____