



法定代理人同意書

医療法人社団 十二会 宛

私は、契約者の法定代理人として、契約者がゴリラクリニックと契約を締結し、施術を受けることに同意いたします。

●法定代理人記入欄

記入日	年 月 日
契約内容	<input type="checkbox"/> ヒゲ脱毛 <input type="checkbox"/> 身体脱毛 <input type="checkbox"/> 身だしなみ脱毛 <input type="checkbox"/> その他 ()
契約者氏名	
法定代理人氏名	⑩
契約者との続柄	
住所	
電話番号 (緊急時連絡先)	

※緊急時及び確認のため、ご連絡させていただく場合がございます。ご連絡が一番とれる電話番号をご記入ください。

※本同意書の契約内容に対して、契約者本人から当院宛に中途解約またはクーリング・オフの電磁的方法による通知があった場合、契約者が契約解除の通知を発信した時点でその効力が生じるため、法定代理人の同意を得たものとして、当院は速やかにこれを受理します。



15歳未満の患者様の個人情報のお取り扱いについて

当院では15歳未満の患者様、利用者様の個人情報を下記の通り取り扱います。

下記の内容をご確認頂き、同意の上、診療申し込み、または受診をしていただきますようお願いします。

1. 15歳未満の患者様の個人情報について

15歳未満の患者様の方で個人情報をご提供いただける場合、事前に法定代理人の同意を得ることとします。

(個人情報の提供があった場合は、法定代理人の同意があったものと判断させていただきます。)

2. 利用目的 (詳細に関しましては別掲の「当院における患者様・利用者様の個人情報の利用目的」をご参照ください)

- ・患者様、利用者様へ適切な医療サービスの提供のため
- ・クリニック事務・管理を適切に行うため
- ・法令・行政上の業務への対応のため
- ・ご家族への病状説明

以上の目的以外で患者様、利用者様の情報を利用する場合、患者様、利用者様ご本人に個別理由を説明し、同意を得た上で行うものいたします。ただし、緊急の場合、治療上必要な場合等、当院が必要だと判断した場合は利用を優先し、後ほど説明させていただきます。

3. 個人情報の第三者提供について

患者様、利用者様の個人情報は、あらかじめ患者様、利用者様の同意をいただくことなく、外部に提供することはありません。

ただし、以下の利用目的に該当する場合は、患者様から特にお申し出がない限り、医療サービスを提供するための通常業務として必要な範囲において、患者様の個人情報を第三者に提供することがあります。

- ・医療の提供のため、他の医療機関と連携を図ること
- ・医療の提供のため、外部の医師等の意見・助言を得ること
- ・医療の提供のため、他の医療機関等からの照会が合った場合にこれに応じること
- ・患者様への医療の提供に際して、ご家族等への病状の説明を行なうこと

4. 業務委託について

医療を提供するに当たり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。

主な業務委託の内容は次の通りです。検体検査項目、医療事務関連業務、清掃業務、情報システム業務、医療廃棄物処理

5. 患者様、利用者様の権利

当院へ提出した個人情報をいつでも開示、訂正、追加、削除、利用、提供の拒否の要求が出来ます。

詳しくは個人情報管理係までお問い合わせください。

個人情報の取り扱いに関するご意見・ご要望

※上記個人情報の利用目的に対し、同意をいただけない場合には、診療又は診断の支障をきたすという不利益が生じる場合があります。

※代理人による開示等の申請の場合は、委任状、代理人ご本人の身分証のコピーが別途必要になります。詳しくは個人情報管理係までお問い合わせください。

医療法人社団 十二会

個人情報管理係MAIL : pms@junikai.or.jp

私は「15歳未満の患者様の個人情報のお取り扱いについて」の各事項に同意します。

申込日 年 月 日

法定代理人 (親権者、未成年後見人)

Ⓜ

契約者名

Ⓜ