

オンライン面会に関する同意書

くしもと町立病院

院長 阪本 繁 様

オンライン面会を希望し、申込するとともに、下記の内容について同意します。

【同意内容】

1. 個人情報の利用目的は、オンライン通話(LINEを使用)設定のためのみ使用します。
2. 今回取得させていただく「個人情報」は、第三者へ提供することはありません。
3. 取得する個人情報は、「患者氏名」及び「ご家族等氏名(申込者)」「メールアドレス」とします。記載以外の個人情報は取得しません。
4. オンライン面会に係る通信料等は各使用者が負担します。
5. 招待メールの内容・URL を他者へ公開、SNS(ソーシャル・ネットワーキング・サービス)への投稿は禁止します。
6. 面会中は、職員が患者に付き添い、パソコンやオンライン通話等の操作の補助を行います。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

ご家族等氏名 _____ 印

本人とのご関係(_____)