

## 「在宅訪問同行研修」に関する同意書

「在宅訪問同行研修」の実施にあたり、私の個人情報については、次に定める条件で、必要最低限の範囲で利用することに同意します。

### 1 事業の内容

在宅訪問の経験がある薬剤師（講師）が在宅訪問する際に、同行を希望する薬剤師（受講者）と一緒に訪問し、OJT方式で研修を実施する。

### 2 使用する目的

事業報告書作成のために行う静岡県薬剤師会への情報提供

### 3 提供する情報

性別、年齢、介護度、指導内容（訪問内容）等

### 4 使用にあたっての条件

得られた情報は、個人が特定されないよう匿名化する。また、データを閲覧できる者は、この事業に関わる者のみに限定する。この事業で知り得た個人情報は、法律の規定がある場合等の例外を除き、明示した目的以外には使用しない。

### 5 事業終了後の個人情報の取り扱いについて

事業終了後、本同意書等については、薬局において保管した後、個人が特定される紙の資料等は破棄し、電子媒体については消去します。

令和      年      月      日

利用者署名 氏名 \_\_\_\_\_

利用者代理署名 氏名 \_\_\_\_\_

（利用者が記入できない場合）