

(医療・介護・健診) 個人情報の利用同意書

南医療生協では、患者様、利用者様の個人情報を別紙「個人情報の取扱いについて」に記載の必要な範囲内で取扱います。確認の上、下記事項の記載をお願いいたします。

■私は、自己の個人情報及び家族の個人情報を、別紙「個人情報の取扱いについて」に記載の目的の範囲内で必要最小限の利用・提供することに、

- 同意する
- 一部同意しない
- 同意しない

■ 一部不同意事項

私の個人情報・家族の個人情報の取り扱いについて、下記の事項については利用の制限をお願いします。

年 月 日

【患者様・利用者様】

~~住 所~~ _____

~~氏 名~~ _____ ~~印~~ _____

~~※ 印鑑が手元に無く、利用者本人直筆の場合はサインをお願いします。~~

※ 保護者様は、下記の代理人欄に記入下さい。

【保護者様】

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

【利用者家族代表】

~~住 所~~ _____

~~氏 名~~ _____ ~~印~~ _____

※ この同意書のコピーを希望される方はお申し出ください。

※ この同意・不同意はいつでも変更することができますので窓口へお申し出ください。

事業所名 CO・OP コープフィットネスクラブ wish

個人情報の取り扱いに関するお問い合わせ先
南医療生協 総務部総務課 苦情相談窓口まで

電話番号 052-625-0620



春休みアスレチックスクール 申込書

※太枠の中をご記入下さい

Q. どちらで本教室をお知りになりましたか？

- wish ホームページ wish 公式ブログ等の SNS 当院外来 会員様のご紹介
 南医療生協事業所（事業所名： _____ ）
 南医療生協ホームページ イベント等で配布のチラシ wish 設置のチラシ
 その他（具体的にお書き下さい： _____ ）

① お子さまのお名前

フリガナ _____

_____（男の子・女の子）

■生年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

■学年：年少・年中・年長 / 小学校 _____ 年生

② ご住所 〒 _____

_____ 市 _____

（マンション名等） _____

■保護者様電話番号（自宅 / 携帯） _____

（お名前： _____ / 続柄： _____）

■E メールアドレス _____ @ _____

※悪天候等、急なご案内が必要な際のみ、ご連絡させていただきます。送信元：wish@minami.or.jp

③ 参加ご希望コースの番号(チラシ等でご確認下さい)

※複数コースお申し込みの方は、全ご希望コース番号をご記入下さい コース No. _____

④ 備考(何かお伝え頂くことがあれば、こちらにご記入下さい)