

実習生及び研修生等の個人情報について

徳島大学病院

1. 当病院において実習生及び研修生等から取得した個人情報は、各種法令に基づいた院内規程を守った上で、下記の目的に利用します。
 - (1) 人事管理
 - (2) 病院の安全管理体制の確保
2. 実習生及び研修生等の個人情報は、あらかじめご本人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、法令に基づく場合は、提供する場合があります。
3. 当病院が示す利用目的の中で同意しがたい事項がある場合には、その旨お申し出ください。なお、同意及び留保は、お申し出により、いつでも変更できます。
4. 利用目的に掲げる事項について同意がいただけない場合は、実習生（研修生）の方の実習（研修）の遂行に支障が出る場合があります、ご本人の不利益となる場合があります。
5. 自己の個人情報についての提供を当病院に求めることができます。また、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律に基づく権利として、次の権利があります。
 - (1) 所定の手続きの上、自己の個人情報の開示を請求することができます。
 - (2) 開示を受けた自己の個人情報の内容について、所定の手続きの上、訂正、追加又は削除を請求することができます。
 - (3) 開示を受けた自己の個人情報が不適切な取扱いをされていると思われる場合は、所定の手続きの上、自己の個人情報の利用の停止、消去又は提供の停止を請求することができます。
 - (4) 開示を受けた自己の個人情報の利用目的について、所定の手続きの上、利用目的の通知を請求することができます。
6. 上記1～5に掲げることについて、説明が必要な場合、相談や苦情がある場合、個人情報の開示を求める権利及び開示の結果、当該情報が誤っている場合に訂正等を要求する場合、その他不明な点等がありましたら、下記にご連絡ください。

この書面に関する連絡先

所在地：〒770-8503 徳島市蔵本町2丁目50番地の1
担当：徳島大学病院総務課
電話：088-633-7006
ファックス：088-633-7009
E m a i l : bsoumuc@tokushima-u. ac. jp

実習生及び研修生等の個人情報についての同意書

病院長 殿

個人情報に関する事項について、「実習生及び研修生等の個人情報について」の文書により内容を確認し理解しましたので、ここに同意します。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ (直筆サイン)