

# 個人情報使用同意書

私が、貴事業所の指定障害福祉サービス（就労継続支援B型事業）を利用するにあたり、私の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1 使用する目的

事業者が、障害者総合支援法に係る法令に基づき、私に行うサービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議又は私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に使用する。

### 2 使用に当たっての条件

ア 個人情報の提供は、上記1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

イ 事業者は、私の個人情報を使用した会議の内容、参加者、経過等について、記録しておくこと。

### 3 個人情報の内容

ア 氏名、住所、健康状態、病歴、通所状況等事業所が、サービスを提供するために最小限必要な利用者個人に関する情報

イ その他利用者に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報

### 4 使用する期間

令和 年 月 日からサービス利用契約終了時までとする。

令和 年 月 日

指定障害福祉サービス事業者名 特定非営利活動法人 友訪  
代表者名 理事長 星 登志雄

【利用者】住所  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

【利用者代理人】住所 続柄  
氏名 \_\_\_\_\_ 印