「骨粗鬆症リエゾンネット」の利用に関する

同意撤回書

《本アプリの利用に関する同意の撤回を希望する患者さんへお渡しください》

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 エンブレース株式会社　行

私は、骨粗鬆症治療支援アプリ「骨粗鬆症リエゾンネット」（以下「本アプリ」といいます。）に関する説明を受け、エンブレース株式会社（以下「エンブレース」といいます。）に対し、本アプリに関する個人情報の取得及び利用等に同意しておりましたが、その同意を撤回します。

＜医療機関記載欄＞（患者さんにこの同意撤回書をお渡しする際にご記入下さい。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当医師氏名 |  | | 職名： |
| この同意撤回書を患者から受領する者の氏名 |  | | 職名： |
| 医療機関名 |  | | |
| 電話番号 |  | |

＜患者さん記載欄＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同意撤回年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 患者氏名（自署） |  | | | |
| 代諾者記入の場合 | 代諾者氏名（自署） |  | 続柄 |  |

(※)代諾者の方が記入される場合は、「患者氏名（自署）」欄は、代諾者の方の代筆で結構です。

※医療機関は、患者さんから記入済みの同意撤回書を受領した際には、コピーを１部お取りください。

（原本）原本の電磁的複製物がエンブレースに提供された後、原本は医療機関にて速やかに破棄されます。

（コピー）患者さん又は代諾者の方が記入された場合は代諾者の方に、控えとして1部をお渡しください。

また、医療機関は、患者さんから記入済みの同意撤回書を受領した際には、エンブレースが指定する方法により、原本の電磁的複製物を、エンブレースが指定する期間内に、エンブレースに提供してください。

医療機関受理日：令和　　　年　　　月　　　日

担当者：

|  |
| --- |
| **この同意撤回書によって取得する個人情報の利用目的について**   1. エンブレースでは、個人情報に関する法令、その他規範及びエンブレースにおいて定めるプライバシーポリシー（https://about.medical-care.net/html/privacypolicy/）を遵守し、個人情報を適切に管理します。 2. この同意撤回書には、上記にご記入頂いた患者さん及び医療機関における説明担当者（説明者）の名前等の個人情報が含まれますが、エンブレースは、この同意撤回書においてご提供いただく患者さん及び医療機関における説明担当者（説明者）の個人情報を、エンブレースによる患者さんの同意撤回の意思確認及び患者さんからのお問い合わせ対応等の事務作業の目的で使用します。 3. エンブレースでは、法令に定める場合を除き、予め情報主体の同意を得ることなく、この同意撤回書でご提供いただく個人情報を第三者に提供することはありません。 |