

体験入居申込書

申込日 平成 年 月 日

体験入居者	フリガナ	男	<input type="checkbox"/> 明治	年	月	日生
	氏名	女	<input type="checkbox"/> 大正		(満	歳)
	住所	〒 都道府県				
			お電話	()		

体験入居期間	年 月 日 ~ 年 月 日	泊 日
入居時間	<input type="checkbox"/> AM : 送迎 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食事開始 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕
退去時間	<input type="checkbox"/> AM : 送迎 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食事終了 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕
第一連絡先 (緊急)	氏名	お電話 ご自宅 () 携帯 ()
	住所	
第二連絡先 (緊急)	氏名	お電話 ご自宅 () 携帯 ()
	住所	
健康診断書提出予定日	年 月 日	ケース訪問予定日 年 月 日
契約予定日	年 月 日	前払入金予定日 年 月 日

個人情報の取り扱いについて

ヒューマンライフケア株式会社(以下「事業者」とします。)は、ヒューマンライフケア における入居契約の締結にあたり、サービスの契約者および利用者、身元引受人の個人情報について、次のとおり取り扱うこととします。

1. 利用目的

- 事業所の管理運営業務(契約の管理、会計・経理、緊急時の連絡、事故等の報告、サービス・介護技術の向上等)のため
- 介護保険事務(審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関または保険者からの照会への回答等)を行うため
- 損害賠償保険等に係る保険会社への相談または届出等のため
- 利用者の介護計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議その他、介護支援専門員およびサービス事業者等との情報共有、連絡調整等のため
- 医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける際に主治の医師または歯科医師等(以下「主治医等」という)の意見を求めるため、および利用者の希望により介護保険施設等への入院または入所を紹介する際に主治医等の意見を求めるため
- 利用者が介護保険施設等への入院または入所を希望する際、当該施設等の介護支援専門員と連絡調整を行うため
- 介護保険法その他関係法令に基づき報告・提出を求められ、行政機関等に提供するため
- サービスの質の向上および利用者への情報提供を目的とした外部(第三者)評価機関による評価を受けるため
- 研修機関の受講生を受け入れ、介護実習を行うため

2. 利用する事業者等の範囲

事業者および従業者が業務上利用する他、上記「1. 利用目的」の範囲内において、次の者に個人情報を提供する場合があります。

- 提供先：利用者が利用する他の介護保険事業所、福祉サービス事業所および医療機関並びに国民健康保険団体連合会、国(厚生労働省)、都道府県および市町村
- 外部委託先：評価機関、研修機関

3. 利用期間

入居契約書に定める期間(更新された場合の更新後の期間も含む)

4. 利用条件

- 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては、外部への個人情報の漏洩がなされないよう適切な安全対策を講じ、保管・管理を行います。また、外部委託先に対しては、社内の選定基準に基づいて業者選定を行い、同様に適切な安全対策を講じ、保管・管理を行うよう指導いたします。
- 上記「1. 利用目的」の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱う場合には、改めて利用者および利用者の家族の同意を得ます。
- ご提供いただきました個人情報は、所定の手続きを経て、開示及び内容の訂正、追加または削除(以下「開示等」という)をする事ができます。なお、当該手続きに関しましては5. 個人情報に関する問い合わせ先へご連絡ください。
- 各個人情報ごとに保管期間がございます。保管期間の過ぎた個人情報につきましては焼却処分されるため開示等できない場合がございます。あらかじめご了承ください。
- 個人情報の提供はあくまで任意のものです。記載間違いや正しい情報を提供いただけない場合は緊急時にご連絡等ができない場合がありますので、ご注意ください。

5. 個人情報に関する問い合わせ先

ヒューマンライフケア株式会社 個人情報苦情・相談窓口 電話番号：0120-17-7837(対応時間：月曜日～金曜日/9:00-19:00) E-mail: hlc-cs@athuman.com

個人情報の取り扱いについて、上記内容に同意いたします。 年 月 日 ご署名(自署)