

同意書

独立行政法人 労働者健康安全機構
茨城産業保健総合支援センター所長 殿

私は、「事業場における治療と職業生活の両立支援に係る事業」の独立行政法人労働者健康安全機構茨城産業保健総合支援センター（以下「茨城産保センター」という。）両立支援相談窓口における個別調整支援について説明を受け十分に理解しました。

よって、以下の点について同意します。

- 1 茨城産保センターによる治療と職業生活の両立支援のための個別調整支援を受けること。
- 2 支援に必要となる私の健康情報を含む個人情報を、茨城産保センターへ提供すること。
- 3 上記2の私の個人情報に関し、支援に必要な範囲で主治医に確認することがあること。
- 4 上記2の私の個人情報に関し、私が了承の範囲内で事業者提供すること。
- 5 支援において、就業継続が困難と産業医が判断した場合、また、私と連絡が30日取れなくなった場合には、支援を終了すること。但し、産業医が不在の事業場の場合には主治医の意見に基づくこととする。
- 6 事業者の協力が得られないと判断された場合には、支援を終了すること。
- 7 支援過程の記録は匿名化して集計・解析、また事例検討に資すること。

平成 年 月 日

(自署)
氏名

茨城産保センターは、治療と職業生活の両立支援の際に取得した個人情報を、支援用途以外には使用しません。

同意書

□□ △△ 病院長 殿

独立行政法人 労働者健康安全機構
茨城産業保健総合支援センター所長 殿

私は、「事業場における治療と職業生活の両立支援に係る事業」の独立行政法人労働者健康安全機構茨城産業保健総合支援センター（以下「茨城産保センター」という。）両立支援（出張）相談窓口における個別調整支援について説明を受け十分に理解しました。

よって、以下の点について同意します。

- 1 □□ △△ 病院（以下、△△病院という。）および茨城産保センターによる治療と職業生活の両立支援のための個別調整支援を受けること。
- 2 支援に必要な私の健康情報を含む個人情報を、茨城産保センターへ提供すること。または、△△病院から茨城産保センターに提供すること。
- 3 上記2の私の個人情報に関し、支援に必要な範囲で主治医に確認することがあること。
- 4 上記2の私の個人情報に関し、私が了承の範囲内で事業者提供すること。
- 5 支援において、就業継続が困難と産業医が判断した場合、また、私と連絡が30日取れなくなった場合には、支援を終了すること。但し、産業医が不在の事業場の場合には主治医の意見に基づくこととする。
- 6 事業者の協力が得られないと判断された場合には、支援を終了すること。
- 7 支援過程の記録は匿名化して集計・解析、また事例検討に資すること。

平成 年 月 日

(自署)
氏名

△△病院及び茨城産保センターは、治療と職業生活の両立支援の際に取得した個人情報を、支援用途以外には使用しません。