

同意書

臨床研修協議会

理事長 矢崎 義雄 殿

私は、臨床研修協議会主催の卒後医師臨床研修プログラム責任者養成講習会に参加するにあたり、以下に定める事項に同意いたします。

(なおこれらに同意されない場合は、本講習会にはご参加頂けません。また、講習会開催中に違反された場合には、修了が認められない、あるいは退出を命じられる場合がありますのでご承知おきください。)

(1) 運営側による肖像並びに個人情報の使用について

参加者から提示された名前、住所、電話番号、性別その他の参加者個人に関わる情報（以下「個人情報等」）、ならびに肖像（参加者の顔、講習会中の写真および動画等の画像）を、下記の場合に利用させていただきます。参加者の承諾なく、他の目的には利用いたしません。

ただし、講習会の風景、講習会中の写真および動画等の画像に関しましては、肖像権に配慮の上臨床研修協議会の事業案内等に使用させていただく場合があります。また、写真等の掲載および個人情報の取扱いについては、肖像権並びに個人情報保護の観点から本会として万全の措置を取ります。

- ・講習会に関する参加者への連絡
- ・講習会内部における氏名・顔写真その他必要な個人情報の公開
- ・厚労省への報告書における、氏名・写真など要求される個人情報の提供
- ・参加者および所属機関、関係者への報告書の配付

(2) 講習会中の情報セキュリティ遵守について

以下の行為は行わないで下さい。

- ・第三者にパスワード等を漏洩したり、不注意に見られたりすること
- ・講習会参加中の音声や映像を第三者に開示すること
- ・講習会内容を無断で録音、録画すること

(3) 時間厳守について

受付時刻、開始時刻、発表時間等の講習会進行については、運営側の案内を守って下さい。従わない場合、運営側より中止を指示されたり、強制終了される場合があります。

(4) アンケート・課題のご回答について

講習会前および講習会中にアンケートや課題のご提出をお願いしております。各種アンケートや課題につきましては、期日までに必ずご回答いただきますようお願いいたします。

____年 ____月 ____日

氏名 _____ (押印省略可)

所属 _____

***本文をプリントアウトして必ずサインをし、PDF で添付してください。**