＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊参加申込欄（この用紙をFAXで送付ください）＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

【送付先】株式会社オーイーシー（FAX ：097-537-1720）

**第２回大分県オンライン診療推進セミナー申込書**

個人情報の取り扱いに同意のうえ、下記のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属 |  |
| 所在地 |  |
| 氏　名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※記載のメールアドレスに参加URLを送付いたしますので必ずご記載ください。

**◆　事前アンケートにご協力ください**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属団体属性 | □病　　院　　□診療所　　□行政機関  □その他（ご記載ください） |
| 職　　　　種 | □医　　師　　□看護師　　□薬剤師　　□保健師  　□臨床検査技師　　□医療事務　　□行政関係  　□その他（ご記載ください） |
| 在宅医療に取り組んでいる、または予定がありますか？ | □取り組んでいる　　□予定がある  　□取り組んでいない（又は予定がない） |
| オンライン診療に取り組んでいる、又は予定がありますか？ | □取り組んでいる　　□予定がある  　□取り組んでいない（又は予定がない） |
| 参加予定のセミナー  （複数選択可） | □第１部　「へき地や離島でのオンライン診療について〜続報〜」  □第２部　「山間部へき地における公民館でのオンライン診療」  □第３部　「大分県の今年度の実証事例紹介」 |

個人情報の取扱に関する同意について：

1. 株式会社オーイーシー（以下「当社」という）は、提出いただいた参加者様の情報を、主催者（大分県）、事務局（当社）及び講師が「第２回大分県オンライン診療推進セミナー」の運営及びセミナー開催後のフォローアップ（アンケート調査）の目的以外に使用致しません。
2. 当社は、上記(1) の目的を遂行するにあたり、参加者様本人の同意を得ることなく個人情報を第三者に提供・外部委託致しません。
3. 当社が求めた参加者様の情報をご提出いただくことができない場合は、適切な対応ができない場合があります。
4. 当社は、本人が容易に認識できない方法によって個人情報を取得することはありません。
5. 当社は、提出の同意を得た情報を適切に管理致します。また、 オンライン診療推進事業終了後、参加者様の情報を削除致します。