**G-MIS（医療関係等情報支援システム）に登録している**

**電子メールアドレスの使用許諾について（兼同意書）**

県からのお知らせを、今後G-MISに登録されている電子メールアドレスあてに送付したいと考えていますが、G-MISの利用目的以外で電子メールアドレスを使用する場合は、

医療機関等から同意を得る必要があります。

電子メールアドレスの使用について御理解いただき、同意いただける場合は、以下の事項を御確認の上、届出をお願いいたします。

１　電子メールアドレスの使用用途について

　　次の事項等、県から医療機関等へのお知らせに利用します。業務に必要な範囲でのみ利用し、同意なく第三者へ提供することはありません。

・　厚生労働省等関係機関からの通知等の周知に関すること

・　県の医療行政業務、保健行政業務等に関すること

（関係法令に基づく申請・届出等の手続き、関係する補助金や講習会等のお知らせ）

・　感染症予防等に係る緊急のお知らせに関すること　　　　　　　　　　　　　　　　　等

２　電子メールアドレス使用の同意について

以下の必要事項を記載の上、本書をFAX又はメールにて届出てください。

**千葉県が医療機関等に関するお知らせ等を送付する目的で、医療関係等情報支援システム（G-MIS）に登録している電子メールアドレスを使用することについて同意します。**

|  |  |
| --- | --- |
| 届出年月日 |  |
| 施設所在地 |  |
| 施設名称 |  |
| 御担当者 | 御所属：御氏名： |
| 御連絡先（TEL） | （内線　　　　　　） |
| G-MISユーザ名（ID）※ | ※不明な場合は枠外下部を御確認願います。 |

※　G-MISユーザ名（ID）が不明な場合は空欄でも構いません。後日こちらからG-MISユーザ名を

メールにて連絡いたします。以下の括弧内に連絡希望先のメールアドレスを御記載願います。

　（G-MISユーザ名連絡希望メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　その他

G-MISの利用目的については、G-MISログイン後、画面下部「プライバシーポリシー」内の記載を御参照願います。

【問い合わせ先・届出先】

　千葉県健康福祉部医療整備課医療指導班

　Mail：iryou-b@mz.pref.chiba.lg.jp　FAX：043－221－7379

本書を御確認の上、同意いただける場合は、本書を届出願います。