

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關すること
- ・ 県の医療行政業務、保健行政業務等に關すること
(關係法令に基づく申請・届出等の手続き、關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關すること

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