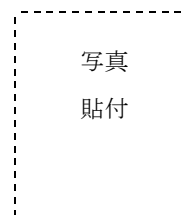


(年 月 日現在)

ふりがな	男 女(任意)
氏 名	印
年 月 日 生 (満 歳)	



ふりがな
現住所
〒 (—) TEL
ふりがな
現住所以外の連絡先
〒 (—) TEL

年号	年	月	日	学歴及び職歴（空白期間のないように記載すること）・賞罰

年号	年	月	日	免 許 ・ 資 格 等 の 取 得 状 況

主たる疾患について		医 師 の 意 見	
・ 疾患名 () ・ 主治医 (病院名 :) (医師名 :) ・ 服薬管理 (1 日 回 内服・外用・その他)		・ 就労することについて主治医からの同意 はありますか ・ ある (同意日 : 令和 年 月 日) ・ ない	
就労に向けた希望・動機			
配 慮 事 項	(就労にあたり配慮して欲しい事を記載してください)		

北海道難病センターでは、就労相談（支援）において取得した個人情報について、下記のとおり取り扱いますので、予め内容をご理解・ご承諾のうえ、個人情報の提供をお願いします。

1 個人情報の利用目的

北海道難病センターは、個人情報の全部または一部を、以下の目的で利用します。

①就労相談（支援）における面談資料

②難病患者等インターンシップ（職場実習）事業

2 個人情報の第三者への提供

北海道難病センターは、ご本人の意向により「難病患者等インターンシップ（職場実習）事業」に申し込む場合に限り、取得した個人情報を北海道保健福祉部健康安全局地域保健課へ提供する事がありますほか、法令に基づく場合を除き、ご本人より提供された個人情報を第三者に開示、提供はいたしません。

上記の個人情報の取り扱いに同意します。

年 月 日

氏名