

令和 年 月 日

盛岡市保健所長 様

住 所 _____

氏 名 _____

代 筆 _____ (本人との関係 _____)

理 由 ①未成年 ②認知症 ③口頭確認 ④その他 _____

(_____)

個人情報の提供に関する同意書

私は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく必要な措置のため、新型コロナウイルス感染症の患者（確定例）と確認された場合、盛岡市保健所が取得した私に関する情報を関係地方公共団体へ提供することについて、下記のとおり同意します。

記

1 情報提供先

- ・ 居住する都道府県及び市町村
- ・ 発症 2 日前から新型コロナウイルス感染症の患者（確定例）と確認されるまでに滞在していた都道府県及び市町村

2 提供する個人情報

感染症まん延防止策を実施するために必要な情報（氏名，性別，生年月日，年齢，住所，連絡先，職業，基礎疾患，臨床経過，発症 14 日前から診断されるまでの行動歴，発症 2 日前から現在までの行動歴等）

3 関係地方公共団体における利用目的

関係地方公共団体が、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく必要な措置を実施するため