

# LINEを使ったオンライン面会に関する申込書・同意書

医療法人千里厚生会  
千里丘中央病院長 殿

LINEを使ったオンライン面会の説明文を読み、納得しましたので、オンライン面会（ビデオ通話）を希望し、申し込み致します。下記の内容について同意し、承諾致します。

## 【オンライン面会（ビデオ通話）方法の選択】

下記のどちらの方法でオンライン面会（ビデオ通話）を行うか、下記に☑を入れて下さい。

- 当院玄関で、当院のタブレットを使用して行う面会  
 ご家族様が所有するスマートフォン、タブレット等を利用して行う面会

## 【個人情報の取扱いに関する事項】

- 個人情報の利用目的は、オンライン面会（LINEを使用・設定）のためのみです。
- 今回取得させていただく「個人情報」は、第三者に提供することはありません。
- 問い合わせ個人情報の種類、今回取得させて頂く個人情報は、「患者様氏名」・「面会者様氏名」・「患者様とのご関係」・「電話番号」・「LINE ID」等とさせていただきます。記載以外の個人情報は取得いたしません。
- 問い合わせの個人情報の内容については、今回取得させて頂く「個人情報」の提供は任意となりますが、ご提供いただけない場合は、オンライン通話のご利用が出来ない場合がございます。

申し込み日 令和 年 月 日

患者様氏名

面会者様氏名

㊞

ご家族様とのご関係

電話番号（※1）

LINE ID（※2）

※1：オンライン面会時にご家族様所有の機器をご利用の場合は、対象機器の電話番号をご記入下さい。

※2：タブレット端末等で電話番号を持たない対象機器の場合は、登録に使用されたLINE IDをご記入ください。