

特定保健指導の出張・リモート申込については、裏面の「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、申込書をご提出いただきますようお願いいたします。

※この申込書に、「特定保健指導対象者一覧表」を必ず添付してください。 申込日 令和 年 月 日

健保コード	13-436	組合名	石油製品販売健康保険組合		
事業所記号					
事業所名称 (営業所名等も記載)					
所在地	〒 -				
電話番号			FAX		
ご担当者名			部署名		
個人情報の取扱いについて	<input type="checkbox"/> 同意する(申込者全員) <input type="checkbox"/> 同意しない(一部不同意)				
希望実施方法	<input type="checkbox"/> 出張面談		<input type="checkbox"/> ICT面談 ※Zoom		希望者数 ※出張の場合は 2名以上に限る。
実施希望時期 時期・時間帯・曜日に ○を付けてください。	時期： 月の 初旬 ・ 中旬 ・ 下旬 時間帯： 午前 ・ 午後 曜日： 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ※ご希望に沿えない場合は、調整させていただくことがあります。				
実施場所(会場) 上記所在地と異なる 場合にご記載ください。					
連絡事項等 事前に確認・伝達すべき事 があればご記載ください。	例)・日本語による会話が難しいため、本人同意のもとスタッフを同席させます。 ・聴覚障害があるため、筆談にてお願いします。		受付番号		

※個人情報の同意については、ご担当者様だけの同意としておりますので、ご担当者様は、必ず特定保健指導申込者の方々に同意を得たうえで申込書をご提出ください。

※リモート面談の場合、利用する機器類(スマホ不可)の準備及び通信費の負担等は、事業所側でお願いします。利用アプリ:「Zoom」

委託機関記入欄	※下記の内容が決まりましたら、実施予定日の10日前までに、一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(東振協) 保健指導支援センターにFAX(03-5611-3259)をお願いします。				
委託機関名	<コード > (ご担当者名)				
保健指導 予定日 時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
保健指導者名			医師・保健師 管理栄養士・看護師 いずれかに「○」をしてください	指導者数	延べ 名

特定保健指導における個人情報の取扱いについて

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会
個人情報保護管理者 常務理事
TEL:03-3626-7504

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(以下、「当協会」という。)は、特定保健指導利用者様の個人情報を以下のように取扱います。下記の内容をご確認いただき、同意のうえ、特定保健指導の申し込みをお願い申し上げます。

1. 利用目的について

- ・特定保健指導の実施のため
- ・特定保健指導利用者の健康保持増進に向けた連絡のため
- ・匿名加工後の統計資料等作成業務のため
- ・加入健康保険組合に、特定保健指導結果報告及び費用請求するため
- ・初回面接実施医療機関に、特定保健指導の申込者情報等を提供及び費用の支払いをするため
- ・申込書記載の連絡先に、日程調整等の連絡及び特定保健指導に必要な書類等を送付するため

以上の利用目的以外で特定保健指導利用者様の個人情報を利用する場合、ご本人に個別理由を説明し同意を得たうえで行うものといたします。

2. 個人情報の取扱いについて

当協会は、個人情報を上記利用目的の範囲内で、正確・最新の内容に保つように努め、不正なアクセス、改ざん、漏えい等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じます。

3. 個人情報の第三者提供について

当協会は、以下のいずれかに該当する場合を除き、あらかじめ特定保健指導利用者様の同意をいただくことなく、第三者に提供することはありません。

- ①ご本人が事前に承諾された場合。
- ②法令に基づく場合。
- ③人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ④公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ⑤国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

4. 業務委託について

特定保健指導業務を実施するに当たり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。主な業務委託の内容は次の通りです。

特定保健指導にかかる初回面接業務、データ管理に伴う入力業務、情報システムの保守管理、配送業務、廃棄物処理

5. 要配慮個人情報の取得及び取扱いについて

当協会は、要配慮個人情報として、特定保健指導利用者様の健康診断結果や特定保健指導結果等の情報を取得します。これらの情報は、上記利用目的の範囲内で、正確・最新の内容を保つように努め、不正なアクセス、改ざん、漏洩等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じて厳重に管理します。

6. 個人情報を与えることの任意性等について

個人情報のご提示や個人情報の取扱いのご同意は、いずれも特定保健指導利用者様の任意となります。但し、ご提示やご同意をいただけない場合は、第1項の利用目的を遂行できず、特定保健指導をご提供できない場合があります。

7. 特定保健指導利用者様の権利について

当協会の保有する個人情報については、ご本人による利用目的の通知、開示、個人情報の訂正、追加又は削除、個人情報の利用又は提供の拒否権(以下、「開示等」という。)を求めることが可能です。開示等を要望される場合は、下記の個人情報相談窓口までご相談ください。

【個人情報相談窓口担当 TEL:03-3626-7504】

記入例

特定保健指導実施申込書(事業所出張実施)

※令和8年度より
同一日、
3名様以上に限る

特定保健指導の出張・リモート申込については、裏面の「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、申込書をご提出いただきますようお願いいたします。

※この申込書に、「特定保健指導対象者一覧表」を必ず添付してください 申込日 令和 * 年 * 月 * 日

健保コード	13-436		組合名	石油製品販売健康保険組合	
事業所記号	1234				
事業所名称 (営業所名等も記載)	株式会社 石油				
所在地	〒 102 - 0075 東京都千代田区三番町1-5				
電話番号	03-9999-8888	FAX	03-9999-7777		
ご担当者名	石油 太郎	部署名	〇 〇 部		
個人情報の取扱いについて	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する (申込者全員) <input type="checkbox"/> 同意しない (一部不同意)				
希望実施方法	<input checked="" type="checkbox"/> 出張面談 <input type="checkbox"/> ICT面談 ※Zoom	希望者数 ※出張の場合は 2名以上に限る。	3 名		
実施希望時期 時期・時間帯・曜日に ○を付けてください。	時期 : 6 月の 初旬 ・ 中旬 ・ 下旬 時間帯 : 午前 ・ 午後 曜日 : 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ※ご希望に沿えない場合は、調整させていただくことがあります。				
実施場所(会場) 上記所在地と異なる 場合にご記載ください。					
連絡事項等 事前に確認・伝達すべき事 があればご記載ください。	例)・日本語による会話が難しいため、本人同意のもとスタッフを同席させます。 ・聴覚障害があるため、筆談にてお願いします。		受付番号		

※個人情報の同意については、ご担当者様だけの同意としておりますので、ご担当者様は、必ず特定保健指導申込者の方々に同意を得たうえで申込書をご提出ください。

※リモート面談の場合、利用する機器類(スマホ不可)の準備及び通信費の負担等は、事業所側でお願いします。利用アプリ:「Zoom」

委託機関記入欄	※下記の内容が決まりましたら、実施予定日の10日前までに、一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(東振協) 保健指導支援センターにFAX(03-5611-3259)をお願いします。				
委託機関名	<コード > (ご担当者名)				
保健指導 予定日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分				
保健指導者名	医師・保健師 管理栄養士・看護師 いずれかに「○」をしてください		指導者数	延べ 名	

特定保健指導における個人情報の取扱いについて

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会
個人情報保護管理者 常務理事
TEL:03-3626-7504

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(以下、「当協会」という。)は、特定保健指導利用者様の個人情報を以下のように取扱います。下記の内容をご確認いただき、同意のうえ、特定保健指導の申し込みをお願い申し上げます。

1. 利用目的について

- ・特定保健指導の実施のため
- ・特定保健指導利用者の健康保持増進に向けた連絡のため
- ・匿名加工後の統計資料等作成業務のため
- ・加入健康保険組合に、特定保健指導結果報告及び費用請求するため
- ・初回面接実施医療機関に、特定保健指導の申込者情報等を提供及び費用の支払いをするため
- ・申込書記載の連絡先に、日程調整等の連絡及び特定保健指導に必要な書類等を送付するため

以上の利用目的以外で特定保健指導利用者様の個人情報を利用する場合、ご本人に個別理由を説明し同意を得たうえで行うものといたします。

2. 個人情報の取扱いについて

当協会は、個人情報を上記利用目的の範囲内で、正確・最新の内容に保つように努め、不正なアクセス、改ざん、漏えい等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じます。

3. 個人情報の第三者提供について

当協会は、以下のいずれかに該当する場合を除き、あらかじめ特定保健指導利用者様の同意をいただくことなく、第三者に提供することはありません。

- ①ご本人が事前に承諾された場合。
- ②法令に基づく場合。
- ③人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ④公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ⑤国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

4. 業務委託について

特定保健指導業務を実施するに当たり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。主な業務委託の内容は次の通りです。

特定保健指導にかかる初回面接業務、データ管理に伴う入力業務、情報システムの保守管理、配送業務、廃棄物処理

5. 要配慮個人情報の取得及び取扱いについて

当協会は、要配慮個人情報として、特定保健指導利用者様の健康診断結果や特定保健指導結果等の情報を取得します。これらの情報は、上記利用目的の範囲内で、正確・最新の内容を保つように努め、不正なアクセス、改ざん、漏洩等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じて厳重に管理します。

6. 個人情報を与えることの任意性等について

個人情報のご提示や個人情報の取扱いのご同意は、いずれも特定保健指導利用者様の任意となります。但し、ご提示やご同意をいただけない場合は、第1項の利用目的を遂行できず、特定保健指導をご提供できない場合があります。

7. 特定保健指導利用者様の権利について

当協会の保有する個人情報については、ご本人による利用目的の通知、開示、個人情報の訂正、追加又は削除、個人情報の利用又は提供の拒否権(以下、「開示等」という。)を求めることが可能です。開示等を要望される場合は、下記の個人情報相談窓口までご相談ください。

【個人情報相談窓口担当 TEL:03-3626-7504】

申込日 令和 年 月 日

申込者記入欄 (必ずご本人がご記入ください)	健康保険組合名	石油製品販売健康保険組合														
	被保険者証	記号		番号												
	事業所名称															
	フリガナ															
	氏名		本人・家族	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族												
	生年月日	昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性												
	個人情報の取扱いについて	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない(一部不同意) <small>※裏面の「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、<input checked="" type="checkbox"/>を付けてください。</small>														
	希望実施方法	<input type="checkbox"/> 施設内面談 ※ <input type="checkbox"/> ICT面談 (Zoom) <small>※施設内面談希望の場合のみ、下記希望実施委託機関をご記入ください。</small>														
	実施希望委託機関	コード	委託機関名													
	 (一覽) QRコード	1. 東振協HP『特定保健指導委託機関一覽』からお選びください。 https://www.toshinkyō.or.jp へアクセス → 特定保健指導 → 契約委託機関一覽 2. 特にご希望のない場合は、下記の連絡先住所の近くを選定させていただきます。 <small>※ 健診を受けた契約医療機関が保健指導を実施している場合は原則として優先</small>														
連絡先	書類を送付いたします。下記の1~3に○をつけ、その住所をご記入ください。 1. 事業所 〒 - 2. 自宅 3. 出向先 (3.出向先名称:) 日中連絡可能な番号をできれば2つご記入ください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1.携帯</td> <td>—</td> <td>—</td> <td rowspan="2">最寄駅</td> <td rowspan="2">線 駅</td> </tr> <tr> <td>2.会社</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>3.自宅</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>車</td> <td>あり・なし</td> </tr> </table>			1.携帯	—	—	最寄駅	線 駅	2.会社	—	—	3.自宅	—	—	車	あり・なし
1.携帯	—	—	最寄駅	線 駅												
2.会社	—	—														
3.自宅	—	—	車	あり・なし												
実施希望時期	時期： 月の 初旬・中旬・下旬 時間帯： 午前・午後 曜日： 月・火・水・木・金 <small>※ご希望に沿えない場合は、調整させていただくことがあります。 ※委託機関から電話が入りましたら打合せの上、実施日時を決めてください。</small>															
連絡事項等	<small>例)・日本語による会話が難しいため、本人同意のもとスタッフを同席させます。 ・聴覚障害があるため、筆談にてお願いします。</small>	受付番号														
事前に確認・伝達すべき事があればご記載ください。																

※特定保健指導は、一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(東振協) 保健指導支援センター(FAX 03-5611-3259)に委託して実施します。
 ※支援センターでは、本申込書をもとに実施委託機関を選定し、実施日時等の調整を依頼します。
 ※申込者の漢字氏名については、システムの都合上、常用漢字とさせていただきます。

委託機関記入欄	委託機関名	<コード> (ご担当者名)
	実施予定日時	令和 年 月 日() : ~
	保健指導者名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 看護師 <small>※ いずれかに<input checked="" type="checkbox"/>をしてください</small>

○委託機関様へ…上記の内容が決まりましたら、実施予定日の10日前までに東振協 保健指導支援センター(FAX 03-5611-3259)にご返信ください。

特定保健指導における個人情報の取扱いについて

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会
個人情報保護管理者 常務理事
TEL:03-3626-7504

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(以下、「当協会」という。)は、特定保健指導利用者様の個人情報を以下のように取扱います。下記の内容をご確認いただき、同意のうえ、特定保健指導の申し込みをお願い申し上げます。

1. 利用目的について

- ・特定保健指導の実施のため
- ・特定保健指導利用者の健康保持増進に向けた連絡のため
- ・匿名加工後の統計資料等作成業務のため
- ・加入健康保険組合に、特定保健指導結果報告及び費用請求するため
- ・初回面接実施医療機関に、特定保健指導の申込者情報等を提供及び費用の支払いをするため
- ・申込書記載の連絡先に、日程調整等の連絡及び特定保健指導に必要な書類を送付するため

以上の利用目的以外で特定保健指導利用者様の個人情報を利用する場合、ご本人に個別理由を説明し同意を得たうえで行うものといたします。

2. 個人情報の取扱いについて

当協会は、個人情報を上記利用目的の範囲内で、正確・最新の内容に保つように努め、不正なアクセス、改ざん、漏えい等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じます。

3. 個人情報の第三者提供について

当協会は、以下のいずれかに該当する場合を除き、あらかじめ特定保健指導利用者様の同意をいただくことなく、第三者に提供することはありません。

- ①ご本人が事前に承諾された場合。
- ②法令に基づく場合。
- ③人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ④公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ⑤国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

4. 業務委託について

特定保健指導業務を実施するに当たり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。主な業務委託の内容は次の通りです。

特定保健指導にかかる初回面接業務、データ管理に伴う入力業務、情報システムの保守管理、配送業務、廃棄物処理。

5. 要配慮個人情報の取得及び取扱いについて

当協会は、要配慮個人情報として、特定保健指導利用者様の健康診断結果や特定保健指導結果等の情報を取得します。これらの情報は、上記利用目的の範囲内で、正確・最新の内容を保つように努め、不正なアクセス、改ざん、漏洩等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じて厳重に管理します。

6. 個人情報を与えることの任意性等について

個人情報のご提示や個人情報の取扱いのご同意は、いずれも特定保健指導利用者様の任意となります。但し、ご提示やご同意をいただけない場合は、第1項の利用目的を遂行できず、特定保健指導をご提供できない場合があります。

7. 特定保健指導利用者様の権利について

当協会の保有する個人情報については、ご本人による利用目的の通知、開示、個人情報の訂正、追加又は削除、個人情報の利用又は提供の拒否権(以下、「開示等」という。)を求めることが可能です。開示等を要望される場合は、下記の個人情報相談窓口までご相談ください。

【個人情報相談窓口担当 TEL:03-3626-7504】

記入例

特定保健指導実施申込書 (個人用)

申込日 令和 * 年 * 月 * 日

申込者記入欄 (必ずご本人がご記入ください)	健康保険組合名	石油製品販売健康保険組合																																				
	被保険者証	記号	123	番号	456																																	
	事業所名称	株式会社 石油																																				
	フリガナ	せきゆ はなこ																																				
	氏名	石油花子	本人・家族	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族																																		
	生年月日	昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性																																		
	個人情報の取扱いについて	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない(一部不同意) ※裏面の「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。																																				
	希望実施方法	<input checked="" type="checkbox"/> 施設内面談 ※ <input type="checkbox"/> ICT面談 (Zoom) <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 ※施設内面談希望の場合のみ、下記希望実施委託機関をご記入ください。																																				
	実施希望委託機関	コード	委託機関名																																			
	(一覽) QRコード	 <p>こちらから検索できます</p> <ol style="list-style-type: none"> 東振協HP『特定保健指導委託機関一覽』からお選びください。 https://www.toshinkyu.or.jpへアクセス → 特定保健指導 → 契約委託機関一覽 特にご希望のない場合は、下記の連絡先住所の近くを選定させていただきます。 ※ 健診を受けた契約医療機関が保健指導を実施している場合は原則として優先 																																				
連絡先	<p>書類を送付いたします。下記の1~3に○をつけ、その住所をご記入ください。</p> <table border="1"> <tr> <td>1. 事業所</td> <td colspan="3">〒 102 - 0075</td> </tr> <tr> <td>2. 自宅</td> <td colspan="3">東京都千代田区三番町 1 - 5</td> </tr> <tr> <td>3. 出向先</td> <td colspan="3">(3.出向先名称:)</td> </tr> </table> <p>日中連絡可能な番号をできれば2つご記入ください。</p> <table border="1"> <tr> <td>1. 携帯</td> <td>090</td> <td>—</td> <td>9876</td> <td>—</td> <td>5432</td> <td rowspan="2">最寄駅</td> <td>半蔵門 線</td> </tr> <tr> <td>2. 会社</td> <td>03</td> <td>—</td> <td>9999</td> <td>—</td> <td>8888</td> <td>半蔵門 駅</td> </tr> <tr> <td>3. 自宅</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>車</td> <td>あり ・ なし</td> </tr> </table>			1. 事業所	〒 102 - 0075			2. 自宅	東京都千代田区三番町 1 - 5			3. 出向先	(3.出向先名称:)			1. 携帯	090	—	9876	—	5432	最寄駅	半蔵門 線	2. 会社	03	—	9999	—	8888	半蔵門 駅	3. 自宅	—	—	—	—	—	車	あり ・ なし
1. 事業所	〒 102 - 0075																																					
2. 自宅	東京都千代田区三番町 1 - 5																																					
3. 出向先	(3.出向先名称:)																																					
1. 携帯	090	—	9876	—	5432	最寄駅	半蔵門 線																															
2. 会社	03	—	9999	—	8888		半蔵門 駅																															
3. 自宅	—	—	—	—	—	車	あり ・ なし																															
実施希望時期	<p>時期 : 6 月の 初旬 ・ 中旬 ・ 下旬</p> <p>時間帯 : 午前 ・ 午後</p> <p>曜日 : 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金</p> <p>※ご希望に沿えない場合は、調整させていただくことがあります。 ※委託機関から電話が入りましたら打合せの上、実施日時を決めてください。</p>																																					
連絡事項等	<p>事前に確認・伝達すべき事があればご記載ください。</p> <p>例) ・日本語による会話が難しいため、本人同意のもとスタッフを同席させます。 ・聴覚障害があるため、筆談にてお願いします。</p>		受付番号																																			

※特定保健指導は、一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会 (東振協)

保健指導支援センター(FAX 03-5611-3259)に委託して実施します。

※支援センターでは、本申込書をもとに実施委託機関を選定し、実施日時等の調整を依頼します。

※申込者の漢字氏名については、システムの都合上、常用漢字とさせていただきます。

委託機関記入欄	委託機関名	<コード>	>	(ご担当者名)
	実施予定日時	令和 年 月 日()	:	~
	保健指導者名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 看護師 ※ いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください		

○委託機関様へ…上記の内容が決まりましたら、実施予定日の10日前までに東振協 保健指導支援センター(FAX 03-5611-3259)にご返信ください。

特定保健指導における個人情報の取扱いについて

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会
個人情報保護管理者 常務理事
TEL:03-3626-7504

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(以下、「当協会」という。)は、特定保健指導利用者様の個人情報を以下のように取扱います。下記の内容をご確認いただき、同意のうえ、特定保健指導の申し込みをお願い申し上げます。

1. 利用目的について

- ・特定保健指導の実施のため
- ・特定保健指導利用者の健康保持増進に向けた連絡のため
- ・匿名加工後の統計資料等作成業務のため
- ・加入健康保険組合に、特定保健指導結果報告及び費用請求するため
- ・初回面接実施医療機関に、特定保健指導の申込者情報等を提供及び費用の支払いをするため
- ・申込書記載の連絡先に、日程調整等の連絡及び特定保健指導に必要な書類を送付するため

以上の利用目的以外で特定保健指導利用者様の個人情報を利用する場合、ご本人に個別理由を説明し同意を得たうえで行うものといたします。

2. 個人情報の取扱いについて

当協会は、個人情報を上記利用目的の範囲内で、正確・最新の内容に保つように努め、不正なアクセス、改ざん、漏えい等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じます。

3. 個人情報の第三者提供について

当協会は、以下のいずれかに該当する場合を除き、あらかじめ特定保健指導利用者様の同意をいただくことなく、第三者に提供することはありません。

- ①ご本人が事前に承諾された場合。
- ②法令に基づく場合。
- ③人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ④公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ⑤国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

4. 業務委託について

特定保健指導業務を実施するに当たり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。主な業務委託の内容は次の通りです。

特定保健指導にかかる初回面接業務、データ管理に伴う入力業務、情報システムの保守管理、配送業務、廃棄物処理。

5. 要配慮個人情報の取得及び取扱いについて

当協会は、要配慮個人情報として、特定保健指導利用者様の健康診断結果や特定保健指導結果等の情報を取得します。これらの情報は、上記利用目的の範囲内で、正確・最新の内容を保つように努め、不正なアクセス、改ざん、漏洩等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じて厳重に管理します。

6. 個人情報を与えることの任意性等について

個人情報のご提示や個人情報の取扱いのご同意は、いずれも特定保健指導利用者様の任意となります。但し、ご提示やご同意をいただけない場合は、第1項の利用目的を遂行できず、特定保健指導をご提供できない場合があります。

7. 特定保健指導利用者様の権利について

当協会の保有する個人情報については、ご本人による利用目的の通知、開示、個人情報の訂正、追加又は削除、個人情報の利用又は提供の拒否権(以下、「開示等」という。)を求めることが可能です。開示等を要望される場合は、下記の個人情報相談窓口までご相談ください。

【個人情報相談窓口担当 TEL:03-3626-7504】