別紙

令和　　年　　月　　日

岩手県知事　様

氏　　名

受験番号

介護支援専門員登録事項の情報提供に係る同意書

私は、介護支援専門員として岩手県介護支援専門員登録名簿に登録されるに当たり、岩手県及び情報提供を受ける者が岩手県個人情報保護条例（平成13年３月30日条例第７号）を遵守することを条件に、介護支援専門員登録事項を情報提供することに、下記のとおり同意します。

記

１　岩手県が「介護保険制度の保険者」（市町村、一部事務組合、広域連合）に情報提供することについて

① 同意します　　② 同意しません

２　岩手県が「指定研修実施機関」（公益財団法人いきいきいわて支援財団）に情報提供することについて

① 同意します　　② 同意しません

３　岩手県が「職能団体」（岩手県介護支援専門員協会）に情報提供することについて

① 同意します　　② 同意しません

４　岩手県が「情報提供の依頼を受け、適当と認めた機関」に情報提供することについて

① 同意します　　② 同意しません

※　「① 同意します」又は「② 同意しません」のいずれかに丸をつけてください。

※　「本書の提出がない場合」、「本書に記載がない場合」及び「同意していると読み取れない場合」は、情報提供することに「同意しない」ものとして取扱います。

※　「介護支援専門員登録事項」とは、氏名、生年月日、住所、電話番号、介護支援専門員登録番号等を指します。