

ガイドデント認定歯科医療機関	御中
株式会社 ガイドデント	御中



保証システム【ガイドデント・ネット】利用申請書

私は、保証規約に基づき、下記事項を承諾のうえ、ガイドデント・ネットの利用を申請します。

■ 患者様ご記入欄

利用申請日	年 月 日	保証登録番号	インプラント 審美
		保証登録番号	インプラント 審美

* 保証書を複数お持ちの場合は古いものをご記入ください ↓ ○をつける

患者名 【被保証者】	フリガナ	姓	名	生年月日	性別
	氏名 (自署)			西暦 年 月 日生	男 女
	フリガナ				
	住所	〒 [][][] [][][][]			
電話番号	ご自宅 ()	携帯 ()			

■ 個人情報の取扱いに関する同意

私は、以下の個人情報の取扱いに関する内容に同意します。

- 個人情報の利用目的について
ガイドデント認定歯科医療機関および株式会社ガイドデントが、申請者からお預かりした情報は、保証のご登録、再治療事由に該当した場合の円滑かつ適切な再治療、保証に関連するサービスのご提供、医療向上への寄与(臨床データ収集、研究等への寄与)のほか、病状管理および診療維持にかかわる業務のご案内、保証制度の健全な運営、ガイドデント認定歯科医療機関および株式会社ガイドデントならびに提携先のサービスのご提案・ご提供などに利用させていただきます。
- ガイドデント認定歯科医療機関および株式会社ガイドデントが、申請者からお預かりした情報は、下記の①から⑦の場合に提供または共同利用することがあります。
 - ① 個人情報の保護に関する法律その他の法令等により外部への提供が必要と判断される場合
 - ② 利用目的の範囲内において、あらかじめ守秘義務契約を締結した業務委託先等に提供する場合
 - ③ 医師等(当該ガイドデント認定歯科医療機関以外の医師をいいます。)の第三者に対し、保証請求内容に関する事実確認を行う場合
 - ④ 保証の適正および迅速な適用のために必要な範囲において保証関係者に提供する場合
 - ⑤ 再保証契約の締結や再保証金の請求のため、本保証や再治療に関する情報を再保証会社等に提供する場合
 - ⑥ 申請者の紹介依頼に従い、他のガイドデント認定歯科医療機関をご紹介する場合
 - ⑦ 保証システムセーフティネットの発動により、他のガイドデント認定歯科医療機関に保証継承する場合※詳しくは、ガイドデント認定歯科医療機関および株式会社ガイドデントにお問い合わせください。

■ ガイドデント認定歯科医療機関ご記入欄

ガイドデント認定歯科医療機関	歯科医師
【医療機関名】	【担当歯科医師名】
【住所】	印
【電話番号】	

■ ガイドデント・サポートデスク【お問い合わせ・ご相談】

株式会社 ガイドデント 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷1-34-14 宝ビル3F TEL. 03-5790-5260 (10:00-19:00 土・日・祝を除く)	GuideDent 20160301改訂
---	-------------------------