

安全管理情報提供シート

年 月 日

独立行政法人国際協力機構

(国名) 事務所長殿

(在外事務所が設置されていない場合は、JICAが指定する者あるいは機関宛)

派遣者氏名

所属先

担当業務 (プロジェクト名)

契約書 (業務実施契約における付属書I 共通仕様書 第28条、業務実施契約 (単独型) における付属書I 仕様書 第16条) に基づき、緊急時における疾病治療及び緊急移送に係る保険内容等について以下の通り報告します。

1. 保険加入状況		
①無事カエルパック	□加入している	□加入していない
②個人・所属先での海外旅行保険等	□加入している	□加入していない
2. 上記1. ②に該当する方は、加入保険会社名、連絡先、保険証券番号をご記入の上、保険証券コピーを提出してください。		
① 保険会社名		
② 連絡先電話番号		
③ 保険証券番号		
3. 緊急医療アシスタンスサービスが適応外 (あるいは数百万円の低い付保上限額) の保険に加入している方は、重症傷病で意識不明に陥った場合、緊急手術の可否や国内外における緊急移送の最終判断をどなた (所属先本邦担当者、本邦ご家族等) に委任されますか? 緊急手術や緊急移送が必要になった場合に、JICAより連絡し相談する可能性がありますので、以下に情報を記入してください。		
① 委任者氏名 (続柄)		
② 電話番号: 自宅		
③ 電話番号: 携帯		
④ 住所:		
4. JICA が緊急対応の際に把握しておくべき情報 (既往症、血液型等) があれば、記入してください (任意記述)。		

記入上の注意: このシートで得る個人情報は、万一の事件・事故・災害・急病・怪我・政変などの際に、必要に応じて医療機関、保険会社、移送会社等に提供するために使用し、それ以外の目的には使用しません。JICAでは、提供いただいた個人情報を適切に管理します。

以上の注意事項を読み、個人情報の提供に同意します。 □ (チェック欄)

氏名 _____

記入日 年 月 日