



# ハワイ州教育省

# 情報開示の同意

生徒の氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_  
苗字 名前 ミドルネームの頭文字

ハワイ州教育省名： \_\_\_\_\_  
DOEの学校またはオフィスの名前

住所 市 州 Zip

コード 教育省の連絡先 電話番号 ファックス番号

上記の教育省に以下を:  開示する  受領する(

上記の生徒に関する以下の文書/情報。ただし、適用される法律によって法的に開示の対象にならない文書/情報、並びにハワイ改正法 - § 325-101 感染症および伝染病 (HIV感染症、ARC、および AIDS)、§ 329-68 統一規制物質法 (記録の保護、機密情報の漏えい禁止)、および § 329-B6 以下に記載されている機関および/または個人間の薬物乱用テスト (テスト結果)の対象となる文書/情報は除きます。

機関名または個人 電話番号

住所 市 州 Zipコード

開示および/または受領が承認された文書/情報を指定してください。

## 次の目的で:

私は、生徒の教育記録は機密であり、生徒の親または適格な生徒の書面による同意なしに同情報を公開することを禁じている、1974年家族教育の権利とプライバシー法 (FERPA)で許可されている場合にのみ開示できることを理解しています。(「適格な生徒」とは、18歳以上の生徒を指します)。私は、一度、学校および/またはハワイ州教育省が健康記録を受け取った場合、それは1996年プライバシー規則の医療保険の携行性と責任に関する法律では保護されない可能性があるが、FERPAによって保護される教育記録になることを認識しています。

私は、この同意は任意であり、上記の学校の管理者に同意の撤回に関する書面による通知を提出することによって、いつでも本同意を撤回できることを理解しています。同意を撤回した場合、事前の開示同意に基づいて既に提供された情報には適用されません。

私はここに上記の情報の転送に同意します。本同意は、学校が書面で別段の通知を行わない限り、下記の日付から1年間有効となります。

親または適格な生徒の署名 日付

親または適格な生徒の活字署名 電話番号

住所 市 州 Zipコード

**受取機関・個人様へ:** 上記の文書/情報は、親または適格な生徒の書面による同意なしに、別の機関またはその他の人物と共有されないという条件でのみ、貴方または貴機関に送信されます。上記の文書/情報を受け取った当事者の役員、従業員、および代理人は、開示が行われた目的でのみ同文書/情報を使用することが可能となります。本条件を順守できない場合は、上記の学校に同書類を返却してください。