

様式4

生存確認情報利用申請書

年 月 日

福岡県保健環境研究所長 殿

医療機関名

施設長名

印

別紙名簿に記載の患者は当院でがんと診断し、福岡県地域がん登録に届出しましたが、その後の経過について把握不能となりましたので、福岡県地域がん登録情報管理要領第9の規定により、生存確認情報の提供を申請します。

記

照会患者数	名 別紙名簿(全 枚)			
利用責任者	職名		氏名	
利用担当者	職名		氏名	
	連絡先電話番号			
生存確認情報の利用にあたって、次の事項を遵守することを誓約します。 1 資料から知り得た情報を申請書の目的以外に利用しない 2 資料から知り得た個人及び個々の医療機関に関する情報は他に漏らさない 3 利用申請書に記載した利用責任者及び利用担当者以外が情報を取り扱わない 4 情報を利用した結果、取り扱った個人情報の身元が判明する可能性がないよう注意する 5 データの保管及び返却は責任者の注意をもって取り扱う 6 予後情報利用承認書の付帯条件があれば、これを守る 7 その他、機密保持のために最大限の努力をする				