様式5

受 領 書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構九州がんセンター長 殿

所属名
職氏名

印

下記のとおり地域がん登録情報を受領しました。

なお、情報の取り扱いについては、福岡県地域がん登録情報管理要領及び申請時の誓約事項を遵守します。

記

受領情報の種類 生存確認情報
研究用等情報（個人を特定しうる可能性のある情報を含まない）
研究用等情報（個人を特定しうる可能性のある情報を含む）
その他〔 〕