

(様式2)

精検資料利用承認申請書

平成 年 月 日

岡山県保健福祉部長 殿

申請者 所在地
施設名
代表者・職
氏名 ⑩
電話番号
(利用責任者職・氏名)

岡山県がん精密検診結果収集管理事業に係る精検資料を利用したいので、承認くださるよう次のとおり申請します。

記

利用目的	
利用方法	
資料の区分	A 個人情報資料 B 統計情報資料
必要とする資料 1 対象範囲	A 特定施設分 () B 特定地域分 () C その他 ()
2 検診の部位	
3 検診年月	年 月～ 年 月 (A 一次検診 B 精密検診)
4 対象項目 又は 統計の種類	
利用期間	年 月～ 年 月

(様式3)

誓 約 書

岡山県がん精密検診結果収集管理事業に係る精検資料を利用するに当たり、次の事項を遵守することを固く誓います。

- 1 精検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を他に漏らさないこと。
- 2 精検資料は、善良なる管理者の注意をもって取り扱い、保管には十分配慮すること。
- 3 精検資料は、申請書に記載した目的以外の目的のために使用しないこと。また、これを第三者に譲渡、貸与し、又は閲覧させないこと。
- 4 精検資料を利用して行った研究の成果の公表に当たっては、その内容について事前に県と協議するとともに、公表する全文（図表を含む。）の写しを県に提出すること。

(個人情報資料の場合)

- 5 精検資料の利用結果を、利用に係る承認の日から1年以内に県に報告すること。
- 6 精検資料が不要となった場合は、焼却、裁断、消去等適切な方法により速やかにこれを破棄すること。

平成 年 月 日

岡山県保健福祉部長 殿

申請者 住 所
施 設 名
代表者・職
氏 名 ④
電 話 番 号
(利用責任者職・氏名)

(様式4)

第 号
平成 年 月 日

(岡山大学病院経由)

殿

岡山県保健福祉部長

岡山県がん精密検診結果収集管理事業に係る
精検資料の利用について（通知）

平成 年 月 日付けで申請のこのことについて、（下記条件を付して）承認します。
については、資料の受領後、速やかに精検資料受領書を提出してください。

記

承認番号（ ）

(様式5)

第 号
平成 年 月 日

殿

岡山県保健福祉部長

岡山県がん精密検診結果収集管理事業に係る
精検資料の利用について（通知）

平成 年 月 日付けで申請のこのことについては、承認できません。

(理 由)

(様式6)

精 検 資 料 提 供 記 録 簿

申 請 年月日	提 供 年月日	承 認 番 号	提供先施設名 利用責任者 職 ・ 氏 名	対 象 範 囲 等 及 び 件 数 又 は 統 計 の 種 類	備 考

※資料の種別（個人情報資料、統計情報資料）ごとに別様とすること。

(様式7)

精 検 資 料 受 領 書

平成 年 月 日付け、承認番号 で利用を承認された岡山県がん精密検診結果収集管理
事業に係る精検資料を受領いたしました。

平成 年 月 日

(岡山大学病院経由)

岡山県保健福祉部長 殿

所 在 地

施 設 名

代 表 者 ・ 職

氏 名

印

電 話 番 号

(利用責任者職・氏名

)