

様式第 2-2 号（病院等の管理者からの提供依頼申出文書関係）

〇〇年〇〇月〇〇日

福岡県知事 殿

病院等の管理者  
（押印省略）

都道府県がん情報の提供の請求について（申出）

標記について、がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）第 20 条の規定に基づき、別紙のとおり当《病院等名称》から届出がされたがんに係る都道府県がん情報の提供の申出を行います。



<p>想定する集計表・図</p>	<p>(集計表・図の作成を予定する場合、想定する集計表・図の添付)          ※院内がん登録のための場合は省略可</p>					<p>(がんに係る調査研究のための場合)  <input type="checkbox"/> 集計表・図の作成を予定する調査研究の場合は、集計表・図の様式案等の添付がある  <input type="checkbox"/> 提供を受ける情報をそのまま公表する内容ではない</p>
<p>利用者</p>	<p>氏名</p>	<p>所属機関・部署</p>	<p>職名</p>	<p>申出上の立場及び院内がん登録又は研究における役割</p>	<p>利用場所</p>	<p><input type="checkbox"/> 利用者の具体的な役割が記載されている  <input type="checkbox"/> 情報の利用場所について記載されている</p>
	<p>※院内がん登録のための場合は、病院等の管理者以外は省略可          ○○ ○○</p>	<p>○○大学医学部附属病院</p>	<p>病院長</p>	<p>病院の管理者</p>	<p>○○大学医学部附属病院院内がん登録室</p>	
	<p>○○ ○○</p>	<p>○○大学医学部○○講座</p>	<p>教授</p>	<p>提供依頼申出者          統括利用責任者          分析結果解釈助言</p>	<p>① (名称又は集計、分析等を行う場所の番号等)</p>	
	<p>○○ ○○</p>	<p>○○大学医学部○○講座</p>	<p>診療情報管理士</p>	<p>利用者          入力作業</p>	<p>②</p>	
<p>誓約書</p>	<p>(様式第 2-3 号の添付)</p>					<p><input type="checkbox"/> 病院等の管理者を含む利用者全員の誓約書が添付されている</p>

委託の有無	有・無  有の場合 (委託契約書等又は様式第 4-2 号の添付)						<input type="checkbox"/> 調査研究の一部を委託する場合には、委託契約書等の書類が添付されている
利用期間	<input type="checkbox"/> ①又は②のいずれか早い日を選択する。(院内がん登録のための場合は①) <input type="checkbox"/> ①提供を受けた日から_____年(※)を経過した日が属する年の 12 月 31 日までの期間 <input type="checkbox"/> ②当該全国がん登録情報を利用するがんに係る調査研究を実施する期間の末日  (※) がんに係る調査研究の性質上、全国がん登録情報を 5 年以上にわたり分析をする必要がある場合は、最大 15 年						<input type="checkbox"/> 調査研究等の期間に照らして、必要な期間が具体的に明記されている
利用場所、利用する環境、保管場所、管理方法及び利用後の処理	集計、分析等を行う場所： ※利用者との対応が分かるよう必要に応じて番号等を振る。 ① ○○大学医学部附属病院○○科研究室 ② ○○大学医学部附属病院院内がん登録室  保管を行う場所： ※集計、分析等を行う場所との対応が分かるよう必要に応じて番号等を振る。 ①' ○○大学医学部附属病院○○科研究室 ②' ○○大学医学部附属病院院内がん登録室  <input type="checkbox"/> 病院等におけるがん登録の運用マニュアルに準じた対策が講じられている。						<input type="checkbox"/> 病院等におけるがん登録の運用マニュアルに準じた対策が全て講じられている
その他特記事項							
事務担当者連絡先	氏名	所属機関	職名	住所	電話番号	メールアドレス	<input type="checkbox"/> 事務担当者の連絡先が明確に記載されている
				〒			

