（様式１）

予　後　情　報　利　用　申　請　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

公益財団法人　とくしま未来健康づくり機構理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名 　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

 （利用責任者・職氏名　　　　　　　　　　　）

　当医療機関から徳島県地域がん登録事業へ届出をした患者に関する予後情報の提供を受けたいので、徳島県がん登録事業の業務処理及び利用に関する要領に基づき、申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 患者氏名 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 備考 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

 注）提供を受けたい患者の「氏名（フリガナ含む）」「生年月日」を明記した別紙を添付しても可。(電子データでも可とする。）

【留意事項】

 ○提供要件

１　提供情報の利用が、がん予防対策及びがん医療水準の向上に寄与するものであること。

 ２　申請者は、徳島県地域がん登録事業へ届出票を提出した医療機関の長であること。