

(様式4)

登録資料利用承認申請書

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 印
電話番号
(利用責任者・職氏名)

岡山県地域がん登録事業に係る登録資料を利用したいので、承認されるよう下記のとおり申請します。

記

研究目的	
研究方法	共同研究者 <input type="checkbox"/> 有 (所属・氏名) <input type="checkbox"/> 無
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 がんの部位	
3 罹患年月	年 月～ 年 月
4 対象項目 又は 統計の種類	
利用期間	年 月～ 年 月