JSFC胎児心疾患レジストリ・データ利用申請書【閲覧】

下記、質問事項を全て水色の記入欄にご記入ください（全て必須です）。

電子データとプリントして自書署名したものを提出してください（jsfcsec\_registry@ml.supportoffice.jp）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 提出日 | 20XX年　　XX月　　XX日 |
| 2 | データ利用目的 | 閲覧目的 |

■管理情報

■申請者情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | 申請者 |  |
| 4 | 申請者所属機関名 |  |
| 5 | 部署・職名 |  |
| 6 | 住所 |  |
| 7 | 連絡担当者 |  |
| 8 | 連絡担当者 E-mail |  |
| 9 | 連絡担当者 TEL |  |

■利用概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10 | 利用目的 |  |
| 11 | 対象期間 | 20XX年X月～20XX年XX月 |
| 12 | 対象項目（具体的に記載） |  |
| 13 | データを受け取りたい希望時期 | 20XX年XX月 |
| 14 | データ利用予定終了時期 | 20XX年XX月 |

■データ利用申請について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 15 | データ利用について | 胎児心疾患レジストリ・データ利用に関する附則に準じる |

以上の条件を記載・同意して、データ利用申請を提出します

20XX年XX月XX日

申請責任者：

（事務局使用欄）

　No：　　　　　　　　　受付日：