

共同研究における医療データ利活用の審査申込書

医療データ利活用センター長 殿

企業等との共同研究を行うにあたり、病院に蓄積された医療データ(以下「データ」という。)を企業等へ提供したいと考えているため、その妥当性について審査を依頼したく、下記の通り申し込みます。

申し込み日	年 月 日	
課題名		
研究責任者	所属:	職名・氏名:
申込者	所属:	職名・氏名:
	連絡先(電話):	メールアドレス:
共有・提供 するデータ		
データ共有・ 提供の目的		
	☐ 学術目的(※1)	☐ 非学術目的(※1)

医療データ利活用センター確認欄

受付日		承認者	
承認日			⑩

※1学術目的は成果の導出までを、非学術目的は成果を利用した実証を指します。
 ※2期間の延長や研究内容の変更がある場合は再提出をお願いします。
 2シート目以降の「データ共有・提供を行う企業」については、企業担当者に記載を依頼し、併せて提出をお願いします。(提供先が複数の場合は、シートをコピーして使用してください)

別添

【データ共有・提供を行う企業について】

組織名			
データ管理責任者	所属:	職名・氏名:	
データ保管場所 (※1)			
保管場所の契約者 及び管理者	所属:	職名・氏名:	
保管場所の閲覧可 能範囲			
別の者へのデータ 共有・提供	☐ 無 ☐ 有(対象・目的:)		
研究終了後の データの取扱			
監査等の者	所属:	職名・氏名:	
安全管理措置公表 サイト等			
外国へのデータ共 有・提供の有無	有 無	個人情報漏洩時の公表手 順の有無	有 無

医療データ利活用センター確認欄

受付日		承認者	
承認日			

※1 物理的・技術的・人的な情報セキュリティが確保されていることを求めます。

※2 期間の延長や研究内容の変更がある場合は再提出をお願いします。