

様式第 10 号(都道府県がん情報の国外提供に関する報告書)

高知県健康対策課  
連絡先：(メールアドレス又は電話番号)

都道府県がん情報の国外提供に関して、次のとおり報告します。

1 情報提供の申出種別(該当するものを■に変更すること。)

新規申出 変更申出(前回応諾：○年○月○日)

2 申出の概要

提供依頼申出者 (個人の場合は氏名と所属)		
調査研究名		
法第何条第何項に基づく申請		
利用の目的 (2～3行で簡潔に記載)		
利用する 情報	診断年	
	がん種	
	その他備考	
国外の利用者		
国外の利用場所		

3 審議の結果(該当するものを■に変更すること。)

応諾 附帯意見付き応諾 条件付き応諾 継続審査 不応諾

条件(条件付き応諾の場合は条件を以下に記載すること。):