様式第1号

|  |
| --- |
| 青森脳卒中地域連携パスデータ使用許可申請書令和　　年　　月　　日青森脳卒中地域連携パス連絡協議会長　　殿申請者　医療機関(施設)名　　　　　　　　　　 　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　下記により、他研究会等で青森脳卒中地域連携パスデータを使用したいので申請します。また、パスデータの使用にあたり、遵守事項を守ることを確約します。 |
| 使用者名 |  |
| 他研究会等 | 研究会等名 |  |
| 開催日時 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 発表演題 |  |
| 使用しようとするデータの内容 | 対象期間 |  |
| 対象患者数 |  |
| データ項目 | 年齢　　性別　　入院日　　退院日　　転院日　その他 |

【遵守事項】

１　営利目的で使用しないこと

２　患者個人を特定する事項（氏名、生年月日、住所、電話番号等）は使用しないこと

３　使用許可を受けた者は、これを譲渡または転貸、転用しないこと