

甲状腺検査結果の詳細情報通知に関する申請書

平成 年 月 日

公立大学法人福島県立医科大学
放射線医学県民健康管理センター長

申請者 (郵便番号)

住 所

氏 名

(法定代理人の場合は本人との関係 ())

連絡先 (電話番号)

(申請者名は自署してください。)

甲状腺検査結果の詳細情報通知に関する要綱第 3 条の規定により、次のとおり検査を受けた本人に係る保有詳細情報の通知を申請します。

<p>検査を受けた本人の状況等</p> <p>※申請者が本人と同じ場合は、1～3は省略可能</p>	<p>1 氏名</p> <p>2 住所 (郵便番号)</p> <p>3 連絡先 (電話番号)</p> <p>4 生年月日及び成年後見の有無 (年 月 日生) 成年被後見人のときは有を○で囲んでください (有・無)</p>
<p>申請に係る詳細情報の内容</p>	<p>検査受診日： (年 月 日)</p> <p>検査会場： ()</p> <p><input type="checkbox"/> 県民健康調査 甲状腺超音波検査レポート</p> <p><input type="checkbox"/> 県民健康調査 甲状腺検査超音波画像</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>※ 甲状腺超音波検査に係る詳細情報について、知りたい情報にチェックをしてください。</p>
<p>通知の方法</p>	<p>1 閲覧</p> <p>2 写しの交付 ((1) 窓口での交付 (2) 郵便等による交付)</p>
<p>添付書類</p>	<p><input type="checkbox"/> 福島県立医科大学から通知された「甲状腺検査の結果についてのお知らせ」の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 福島県立医科大学から通知された「県民健康調査に係る甲状腺検査の実施について (お知らせ)」の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 本件申請書に記載されている住所、氏名、法定代理人名等が上記 2 通知のものとは異なる場合又は上記 2 通知が提出できない場合は、申請者本人であることが確認できる書類 (例 住民票、健康保険証の写し、パスポートの写し等)</p>

注 1 「通知の方法」欄は、希望する方法の番号を○印で囲んでください。なお、郵便等の場合は簡易書留となります。

2 申請者が本人等であることなどの確認のため、本学から電話等の連絡をさせていただく場合があります。

3 申請者欄は検査を受けた本人の年齢が申請時満 14 歳未満の場合は法定代理人のみが、14 歳以上の場合は本人又は法定代理人が記載してください。