

甲状腺検査結果の詳細情報通知に関する申請書

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。)

検査対象者の申請時の年齢が 14 歳未満
の場合は、法定代理人 (親権者又は後見
人) のみが、14 歳以上の場合は本人又は
法定代理人をご記入ください。
なお、成人の場合は、本人名での申請と
なります。

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>

成年被後見人
とは、精神上的の
障害により判断
能力を欠くとし
て家庭裁判所か
ら後見開始の審
判を受けた人で
す

ご希望全てにチェ
ックしてください
。その他は具体的
にご記入ください
。

この申請書に添付
いただく書類に
チェックしてくだ
さい。

検査対象者のお名前
をご記入ください。
複数名の場合は余白
にご記入ください。

申請者の住所と連絡
先が同じ場合は、「同
上」で結構です。生
年月日は対象者全
員分をご記入くだ
さい。

検査受診日と会場
をご記入ください
。

写しをご希望の際
は(1)か(2)に○を
付けてください。

- 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。