

佐世保市総合医療センター 御中  
 (写：認定事業者：一般社団法人ライフデータイニシアティブ 御中)

**次世代医療基盤法に基づく医療情報提供停止・削除 申請に関する委任状**

申請者（本人）は、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律（以下、次世代医療基盤法）に基づき、認定事業者への医療情報の提供停止・削除の申請を下記の者（代理人）に委任します。

1. 申請者（本人）（本人確認のために必要な情報です。）

お名前		印
ご住所	〒	
備考		

※ご本人による記載が困難な場合、その理由を備考欄にご記載ください。

2. 代理人（本人確認のために必要な情報です。）

お名前		印
ご住所	〒	

3. 申請に関するご確認

本申請に関するご確認のために、以下に記載いただいたご連絡先宛にご質問・ご連絡させていただく場合があります。ご希望のご連絡方法をチェックし、必要事項をご記入下さい（本人・代理人のいずれか該当する方を○で囲む）。

<input type="checkbox"/> 電子メール：本人・代理人 メールアドレス（_____）
<input type="checkbox"/> 電 話：本人・代理人 連絡先電話番号（_____）

4. 同封物

同封物（必要な本人確認書類）を以下に示します。不備がないかご確認下さい。

以下①、②それぞれの写しをご用意ください。

①申請者本人の身分を確認できる書類（本人の診察券・健康保険証・運転免許証 等）

②代理人本人の身分を確認できる書類（代理人の健康保険証・運転免許証 等）

※本申請に伴い取得した個人情報について

本申請に際して取得しました個人情報については、本申請に係る対応のためにのみ取り扱うものとします。本申請書は、手続きが終了した後3年間保存するものとしその後廃棄致します。

Letter of Attorney for Application of  
Discontinuation of the medical information provision /  
Deletion of the provided medical information

次世代医療基盤法に基づく医療情報  
提供停止・削除 申請に関する委任状

- Fill in the original form. (There is no English form) \*Refer to the guidance below. 日本語の様式にご記入ください。以下参照。
- The patient's name must be filled in *Katakana* character as the patient ID card shows. If you don't have anyone to help you, please let us know. 診察券同様、カタカナで氏名を記入する必要があります。お手伝いが必要な方は係員にお声掛けください。
- Please receive a copy of this sheet after submission. 申請受付後、写しをお渡しいたします。
- The contents of this form are as follows: 様式の内容は以下のとおりです。

Date (yyyy/mm/dd) :                    年    月    日  
To Sasebo City General Hospital  
(A copy to the certified business operator : Life Data Initiative )

I, the applicant (patient), hereby designate the below as my attorney-in-fact with full power and authority to apply the discontinuation of my medical information provision / deletion of the provided medical information, based on "Act on Anonymized Medical Data That Are Meant to Contribute to Research and Development in the Medical Field".

1. Applicant (Patient)

Name お名前	In <i>Katakana</i>	Seal or Signature 印
Address ご住所	〒	
Remarks 備考		

\*If the patient cannot fill in by him/her-self, please describe the reason in the "Remarks".

2. Attorney

Name お名前		Seal or Signature 印
Address ご住所	〒	

3. Contact for confirmation

To confirm the contents of "Letter of Attorney", we may contact either the patient or the attorney. Please check a convenient tool, circle the person available and fill the blank.

<input type="checkbox"/> By e-mail 電子メール : <u>patient 本人</u> ・ attorney 代理人	e-mail address メールアドレス ( _____ )
<input type="checkbox"/> By phone 電話 : <u>patient 本人</u> ・ attorney 代理人	Phone number 連絡先電話番号 ( _____ )

4. Required documents

Please be sure to prepare each copy of ① and ② as listed below;

- ① Patient's ID : Patient ID card, Japanese health insurance card or Driver's license etc.
- ② Attorney's ID : Japanese health insurance card or Driver's license etc.

\*Privacy policy associated with the application

Individual information we obtained through the application is intended to use only for the application procedure. This sheet will be filed after application, and disposed when 3 years have passed.