様式第５－２号（同意代替措置認定申請書）

年　　月　　日

厚生労働大臣　様

施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提供依頼申出者所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

同意を得ることががんに係る調査研究の円滑な遂行に支障を及ぼす

ことに係る認定の申請について

標記について、　　年　　月　　日付け高知県に係る都道府県がん情報の提供の申出に関し、がん登録等の推進に関する法律施行令（平成27年政令第323号）附則第２条に基づき、別添のとおり申請します。

なお、同意に代わる措置として、「調査研究を行う者が講ずる同意代替措置に関する指針」（平成27年厚生労働省告示第471号）に即した措置を講じていることを申し添えます。