

**「小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業」
参加登録申込書**

※個人情報の取り扱いについて

・ご記入頂いた情報は、本モデル事業及び関連する事務処理以外には一切使用しません。

ふりがな
施設名 :

(部署名 : _____)

ふりがな
責任者名 :

(役職名 : _____)

【連絡先】 …下記ご担当者様宛てに **参加登録受領証** を送信いたします。

(部署名 : _____)

ふりがな
担当者名 :

(役職名 : _____)

住 所 : 〒 _____

電話番号 : _____ FAX : _____

E-mail : _____ ※参加施設を対象としたメールリストに登録いたします。

【参加登録受領証の希望送信先】 (1.FAX ・ 2. E-mail) ※いずれかに○をつけて下さい。

【口座確認】 ※本モデル事業への参加に対する協力謝金(未定)の受取用銀行口座をご記入ください。

金融機関名 : _____ (銀行コード : _____)

支 店 名 : _____ (支店番号 : _____)

預 金 種 目 : (1. 普通 2. 当座) ※いずれかに○をつけて下さい。

口 座 番 号 : _____

ふりがな
名 義 人 名 : _____ ※ふりがなを必ずご記入ください。

※参加に当たっては、以下の条件に同意します

- 当モデル事業に参加する医療施設は、特別の理由がない限り、原則として全ての小児(15歳未満)死亡事例を対象として、死亡時の画像撮影を実施します。
- 参加施設は、当モデル事業における検証のために撮影した死亡時画像を提供することについて、遺族等の同意を得ます。また、遺族等から本モデル事業で読影した結果について説明の求めがあった場合には、当該施設にて適切に対処します。
- 参加施設は、当モデル事業の参加について当該施設の倫理委員会等もしくは施設長による承認を得るものとします。
- 警察の依頼により撮影した死亡時画像を提出する場合に、当該警察の同意を得ることとします。
- 画像の返却は希望しません。
- 専門家による読影結果の取扱いについては、当該施設において適切に対応します。
- モデル事業において、追加の確認事項や更なる調査の必要性が発生した場合には、可能な範囲で協力します。