日本小児血液・がん学会

**疾患登録データ利用申請書**

日本小児血液・がん学会

学術・調査委員会委員会御中

申請日

申請者名

申請者所属

申請者連絡先（e-mail, TEL, FAX）

E-mail:

TEL:

FAX:

以下の内容の通り、日本小児血液・がん学会の疾患登録データの利用を申請します。

利用目的:

 （生データを利用する場合）

 実施予定の研究課題名（研究計画書を添付ください）：

 研究母体名：

 研究代表者名：

利用するデータについて

種類：生データ、集計データ

疾患名：

項目名：

登録データの年次（2006診断年以降可）：

データの形式：エクセル形式、ワード形式、pdf形式

希望の受け取り期日：