

原因分析報告書全文版(マスキング版)／産科制度データ 成果物事前確認依頼書

(西暦) 年 月 日

公益財団法人日本医療機能評価機構 理事長 殿

利用申請者 (研究責任者)

印

(西暦) 年 月 日付で貴機構より提供を受けた原因分析報告書全文版 (マスキング版)／産科制度データを利用し、下記のとおり添付の成果物を作成しましたので、定められた公表形式の基準に合致しているか、確認を依頼します。

記

① 研究の名称	
② 利用申請受理番号	
③ 成果の公表方法	(該当する項目にチェックを入れてください。複数選択可) <input type="checkbox"/> 論文 (名称: ) <input type="checkbox"/> 報告書・書籍 (名称: ) <input type="checkbox"/> 学会・研究会等での発表 (名称: ) <input type="checkbox"/> 学会誌等への掲載 (名称: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
④ 成果物提出に際しての事前チェック	(以下の事項を確認し、チェックを入れてください。) <input type="checkbox"/> 公表される研究の成果物において、事例等の数が10未満になる集計単位が含まれていないことを確認しました。 <input type="checkbox"/> 公表される研究の成果物において、妊産婦の年齢区分が少なくとも5歳毎にグルーピングして集計されていることを確認しました。 <input type="checkbox"/> 公表される研究の成果物に、原因分析報告書全文版(マスキング版)／産科制度データをもとに、利用申請者が独自に作成・加工した統計等である旨を明記しました。
⑤ 確認結果通知希望日	(論文投稿スケジュール等の事情で希望する日程がある場合、ご記入ください。本事前確認依頼書提出日から1カ月以降の日付のみ、指定できます。) _____年 _____月 _____日 までの結果通知を希望します。