様式10

**(1)利用終了及びデータ消去の報告の場合**

|  |
| --- |
| NDBデータの措置兼管理状況報告書  最新版の様式1[(1)様式1表紙]の「(1)-1担当者」欄から転記ください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　XXXX年　XX月　XX日  厚生労働大臣  ○○　○○　　殿  担当者　　所属機関名 学校法人 NDB大学  作成時点の厚生労働大臣名をご確認の上、ご記載ください。  職名　　　　　　　 教授  氏名　　　　　 提供　太郎  （連絡先住所等）  〒●●●-●●●●  ●●県●●市●●X丁目X番X号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　XXX-XXX-XXXX  様式1[(4)研究計画](4)-1記載の「研究の名称」を記載ください。  E-mail　　●●●@●●●  **「●●●に関する地域特性と医療費の関連調査」**のため、西暦20XX年XX月XX日付NDBデータの提供に関する申出書の承諾により提供を受けたNDBデータについて、  様式1[(1)様式1表紙]記載の「申出年月日」を記載ください。  ■（１）利用が終了し、データ提供時に利用した媒体内のNDBデータ及びコンピュータ等に複写したNDBデータ、中間生成物及び最終生成物のデータを下記のとおりすべて消去したことを証明します。  □（２）利用期間の延長により、NDBデータの利用期間が２年を超えたため、その管理状況を下記のとおり検査しましたことを報告いたします。  ※該当項目の□を■にして当様式を提出すること。  ※利用期間が2年を超えていない場合、（１）のみ■とすること。 |

1. NDBデータの措置の報告

具体的方法やソフトウェア名を記入ください。なお、ごみ箱への移動やフォーマットによる削除は認められません。

また、消去を実施した証明書（消去時のスクリーンショット等）を本様式に添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 消去年月日 | 西暦20XX年XX月XX日 |
| 消去方法 | データ消去ソフトウェア「★★★（ver.2）」を利用し消去。 |
| 利用場所 | 学校法人NDB大学●●キャンパスNDB解析室 |

複数の利用場所・保管場所を設定した場合は、様式1[(4)研究計画] (4)-11記載の利用場所ごとに欄を作成いただいた上で報告してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 消去年月日 | 西暦20XX年XX月XX日 |
| 消去方法 | データ保存媒体を物理的に破壊し消去。 |
| 利用場所 | ●●県保健局医療介護連携政策課NDB解析専用室 |

* 本様式に加え、消去を実施した証明書（消去時のスクリーンショット等でも可）を必ず同封すること。
* CD-R/DVD 媒体でデータの提供を受けた場合、利用終了時に必ず媒体を窓口に返却すること。

1. NDBデータの管理状況の報告

|  |  |
| --- | --- |
| 検査年月日 | 西暦　　　年　　月　　日 |
| 検査実施者 |  |
| 検査場所 |  |
| 検査状況 | □　１　取扱者の範囲は適正か。  □　２　管理方法は適正か。  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※検査した項目の□を■にして当様式を提出すること。 |
| 検査結果(所見) |  |

様式10

**(2)データ管理状況の報告の場合**

|  |
| --- |
| NDBデータの措置兼管理状況報告書  最新版の様式1[(1)様式1表紙]の「(1)-1担当者」欄から転記ください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　XXXX年　XX月　XX日  厚生労働大臣  ○○　○○　　殿  担当者　　所属機関名 学校法人 NDB大学  作成時点の厚生労働大臣名をご確認の上、ご記載ください。  職名　　　　　　　 教授  氏名　　　　　 提供　太郎  （連絡先住所等）  〒●●●-●●●●  ●●県●●市●●X丁目X番X号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　XXX-XXX-XXXX  様式1[(4)研究計画](4)-1記載の「研究の名称」を記載ください。  E-mail　　●●●@●●●  **「●●●に関する地域特性と医療費の関連調査」**のため、西暦20XX年XX月XX日付NDBデータの提供に関する申出書の承諾により提供を受けたNDBデータについて、  様式1[(1)様式1表紙]記載の「申出年月日」を記載ください。  □（１）利用が終了し、データ提供時に利用した媒体内のNDBデータ及びコンピュータ等に複写したNDBデータ、中間生成物及び最終生成物のデータを下記のとおりすべて消去したことを証明します。  ■（２）利用期間の延長により、NDBデータの利用期間が２年を超えたため、その管理状況を下記のとおり検査しましたことを報告いたします。  ※該当項目の□を■にして当様式を提出すること。  ※利用期間が2年を超えていない場合、（１）のみ■とすること。 |

1. NDBデータの措置の報告

|  |  |
| --- | --- |
| 消去年月日 | 西暦　　　年　　月　　日 |
| 消去方法 |  |
| 利用場所 |  |

* 本様式に加え、消去を実施した証明書（消去時のスクリーンショット等でも可）を必ず同封すること。

検査場所及び検査項目は厚生労働省の指示に従い設定してください。

1. NDBデータの管理状況の報告

|  |  |
| --- | --- |
| 検査年月日 | 西暦20XX年XX月XX日 |
| 検査実施者 | 提供 太郎 |
| 検査場所 | 学校法人NDB大学●●キャンパスNDB解析室  ●●県保健局医療介護連携政策課NDB解析専用室 |
| 検査状況 | ■　１　取扱者の範囲は適正か。  ■　２　管理方法は適正か。  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※検査した項目の□を■にして当様式を提出すること。 |
| 検査結果(所見) | 問題なし。 |