様式10

|  |
| --- |
| 介護DBデータのデータ措置兼管理状況報告書  西暦　　　　年　　月　　日  厚生労働大臣  ○○　○○　　殿  利用場所：  取扱者：　所属機関名  氏名  （連絡先住所等）  〒    電話番号  E-mail  「介護DBデータの提供を承諾された研究の名称を記入してください」のため、西暦　年月　日付 厚生労働省発老　第　号の承諾通知に係る介護DBデータの利用に関する依頼により提供を受けた介護DBデータについて、  □（１）利用が終了し、データ提供時に利用した媒体内の介護DBデータ及びコンピュータ等に複写した介護DB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、介護DB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. 介護DBデータのデータ措置の報告

|  |  |
| --- | --- |
| 利用場所 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇　(複数の利用場所・保管場所を設定した場合は、利用場所毎にデータ措置兼管理状況報告書を作成し提出すること。) |
| 消去年月日 | 西暦　　　　　　年　　月　　日 |
| 消去方法 | ○○○を利用し消去(具体的方法やソフトウェア名を記入する) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 消去した介護DBデータの名称 | 年次等 | 媒体の形式 | 識別番号 | ファイル数 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 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。

1. 介護DB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) |  |

備考

用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。