

年 月 日

株式会社キャミック
画像統括本部 取締役本部長
山添 比奈子 殿

病院名 _____

担当者 _____ (印)

Camic 検査データ使用申請書

この度当施設にて以下の CT/MRI 検査画像データを以下の「使用目的」で使用させて頂きたく、
ご承諾頂きたくお願い申し上げます。

記

No	患者名・動物名	動物種	検査種別	使用目的(※1)	患者ID	患者承諾
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

(※1) 使用目的は具体的な学術誌名・発表の学会名・日時などを記載してください。

※患者名など個人情報に関わる情報は使用する事は出来ません。

※患者 ID・患者承諾欄は記入不要です。

以上

.....
以下は記入不要です

○上記検査データの使用を許可致します

年 月 日

承認印	承認印