**原因分析報告書全文版（マスキング版）利用終了報告書**

平成　　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

平成　 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）の利用が終了しましたので、下記のとおり報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ①　研究の名称 |  |
| ②　利用申請受理番号 |  |
| ③　研究実施期間 | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 |
| ④　成果の概要 | （成果の概要について記入ください。記入しきれない場合は、別紙に記載し当該別紙を添付してください。また、本研究に関しての論文、報告書、学会誌等への掲載などがある場合はその写しを全て提出ください） |
| ⑤　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）  □論文（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □報告書・書籍（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □学会・研究会等での発表（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □学会誌等への掲載（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑥　全文版（マスキング版）および作成したデータ等の処分方法 | （以下の事項を確認し、チェックを入れてください）  □　貴機構より提供を受けた全文版（マスキング版）を廃棄しました。  □　全文版（マスキング版）に基いて作成したハードディスク、メモリ等の記録媒体、紙媒体等に複製した全文版（マスキング版）のデータおよび中間生成物をすべて消去しました。  □　その他 |

* やむを得ない理由により研究が中断した場合など「成果の概要」が示せない場合は、該当欄に中断するまでに実施した研究の内容を示すとともに、結果を示せない理由を記載してください。
* ⑥の「その他」にチェックした場合は、〔　〕内にその状況を記載してください。