（様式第６号）

資料返却・消去報告書

報告年月日　　　　年　　月　　日

群馬県知事　様

申請者

住　所

施設名

所属名

職　名　　　　　　　氏　名

電話番号

　　年　　月　　日付け、承認番号 第　　　　　号で利用を承認された資料（患者情報資料･追加情報）の利用期限が終了した（利用目的が完了した）ため、下記のとおり措置したので報告します。

記

１． □ 返却　［ 　　　　年　　月　　日 ］

２． □ 消去　［ 　　　　年　　月　　日 ］

※ 消去方法 □ 焼却

□ 裁断

□ その他［ ］