譲渡及び譲受けの理由	
譲渡人に係る認定番号及び認定年月日	認定番号： 認定年月日：

１．申請する認定の種類

２．医療情報の整理の方法

３．医療情報の加工の方法

４．（匿名加工医療情報等／仮名加工医療情報等）の管理の方法

５．（匿名加工医療情報作成事業／仮名加工医療情報作成事業）を行う役員又は使用人の氏名及び住所
氏名：
住所：

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

様式第八（第九条第二項及び第三十七条関係）

事業譲渡証明書

年　月　日

内閣総理大臣　殿
文部科学大臣　殿
厚生労働大臣　殿
経済産業大臣　殿

譲渡人　名称
住所

譲受人　名称
住所

下記のとおり、（認定匿名加工医療情報作成事業者／認定仮名加工医療情報作成事業者）の（認定匿名加工医療情報作成事業／認定仮名加工医療情報作成事業）の全部の譲渡が行われることを証明します。

記

譲渡される事業	
認定の年月日	
認定番号	
譲渡の年月日	

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

様式第九（第九条第三項及び第三十七条関係）

合併認可申請書

年　月　日

内閣総理大臣　殿
文部科学大臣　殿
厚生労働大臣　殿
経済産業大臣　殿

（郵便番号）
住　　所
合併する法人の名称
連絡先
（郵便番号）
住　　所
合併する法人の名称
連絡先

下記のとおり、法人の合併後の地位の承継について認可を受けたいので、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報及び仮名加工医療情報に関する法律（第11条第５項／第40条において準用する同法第11条第５項）の規定により申請します。

記

承継年月日	年　　月　　日
合併後存続する法人又は合併により設立される法人の名称及び住所	名称： 住所：
合併の理由	
合併に係る（認定匿名加工医療情報作成事業／認定仮名加工医療情報作成事業）の認定番号及び認定年月日	認定番号： 認定年月日：

１．申請する認定の種類

２．医療情報の整理の方法

３．医療情報の加工の方法

４．（匿名加工医療情報等／仮名加工医療情報等）の管理の方法

５．（匿名加工医療情報作成事業／仮名加工医療情報作成事業）を行う役員又は使用人の氏名及び住所
氏名：
住所：

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。