**借用申請書**

申請日：令和　　　年　　　月　　　日

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所長　様

申請者

所在地住所

勤務先

部署・役職

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話　　　　　　　　　　　E-mail

所属長（責任者）

所在地住所

勤務先

部署・役職

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話　　　　　　　　　　　E-mail

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修の開催に際して、貴所の令和元年度　第14回発達障害地域包括支援研修：早期支援の映像資料を借用したいので、関係書類を添えて申請します。

発達障害地域包括支援研修：早期支援の映像資料を、以下の研修において使用します。

|  |  |
| --- | --- |
| 自治体 |  |
| 研修名 |  |
| 研修主催者 |  |
| 研修日時・場所 | 令和　　年　　月　　日 |
| 研修対象者 |  |
| 映像資料を使用する講師名・所属 |  |
| 借用期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 返却予定日  （研修終了後10日以内） | 令和　　年　　月　　日 |

併せて、研修の要綱・プログラムを添付します。

**誓約書**

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所長　様

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修において、映像資料（個人情報を含む）を使用します。使用に関しては、下記事項を遵守することを誓約いたします。

１．申請した研修以外で映像資料（個人情報を含む）を使用しないこと

２．映像資料（個人情報を含む）データの複製をしないこと

３．映像資料（個人情報を含む）の印刷・録画・録音をしないこと

４．借用期間中の映像資料（個人情報を含む）の保管は、鍵のかかる場所で責任をもって厳重に保管すること

５．研修終了後10日以内に映像資料（個人情報を含む）を返却すること

令和　　　年　　　月　　　日

　申請者署名（自署）

令和　　　年　　　月　　　日

所属長署名（自署）