

シークエンスデータ請求手続きに関する 説明文書

ガーダントヘルスジャパン株式会社

1.はじめに

この説明文書は、ガーダントヘルスジャパン株式会社（以下、GHJ）が取り扱うがん遺伝子パネル検査「Guardant360 CDx がん遺伝子パネル」の過程で得られたシークエンスデータを請求するための手続きを説明しています。シークエンスデータは個人情報の保護に関する法律に則った手続きを定めているため、シークエンスデータの提供を希望される場合は、本書をよくお読みいただき、ご依頼いただきますようお願いいたします。

2.ゲノムデータの請求について

検査の過程で作成されるゲノムデータのうち、あなたが請求できるデータは以下の2種類です。

- 1) **解析データ**：あなたの遺伝子変異の情報等を表記したPDFファイル形式のデータ（解析結果報告書）
- 2) **シークエンスデータ**：あなたのDNA を文字列で表記したJSONファイル形式のデータ

- 1) をご希望される場合、あなたが検査を受診した医療機関にお問い合わせください。
- 2) をご希望される場合、「3.シークエンスデータの請求及び提供方法について」をご確認ください。また、開示するシークエンスデータは、検査委託先である米国のGuardant Health, Inc.（以下、GHI）が保有している場合があります。この場合は、GHJがGHIへの手続きを代行いたします。

注意事項：

- ・ 上記データはいずれも研究目的の使用に限定して提供されるものであり、本検査の一部とはみなされず、治療効果の予測を含む実際の診療目的の使用を意図としたものではありません。
- ・ シークエンスデータをご覧いただくためには、専用のソフトウェアと遺伝子情報解析の専門知識が必要となります。一般的なパソコンでの操作、閲覧等は想定されておりませんのでご了承ください。なお、専用ソフトウェア等の提供は本請求に含まれておらず、また、弊社から専用ソフトウェアを提供することはできません。

3.シークエンスデータの請求及び提供方法について

あなたへの本検査の結果報告が完了後、本手続きに沿ってあなた本人、または代理人がシークエンスデータの請求を申し出ることができます。

手順1. GHJのWebサイト「プライバシーポリシー」にアクセスいただき、「①シークエンスデータ開示請求書（別紙1）」をご入手ください。

プライバシーポリシー

<https://guardanthealthjapan.com/privacy-policy/>

手順2. 「①シークエンスデータ開示請求書（別紙1）」に必要事項をご記入のうえ、「②本人確認書類」を添付し、下記窓口までご郵送ください。

〒105-7590 東京都港区海岸一丁目7番1号 東京ポートシティ竹芝オフィスタワー10階
ガーダントヘルスジャパン株式会社 「個人情報保護事務局」 宛

①シークエンスデータ開示請求書

請求人記入欄にご記入の上、ご署名ください。また、医療機関記入欄については、本検査を受診した医療機関の担当者記入欄にご記入をお願いいたします。

なお、代理人による請求をされる場合は、請求人記入欄に加えて代理人記入欄にもご記入の上、ご本人様及び代理人様ともにご署名をお願いします。ただし、ご本人様による署名が困難である場合に限り、代理人様によるご署名をもってご本人様による同意があったとみなします。

医療機関の担当者記入欄に記入いただく「TRF識別番号」は、GHIがあなたの検査を特定するために使用されます。

②本人確認書類

| ご請求パターン | | ご用意いただく資料 |
|--------------|-----------------------|--|
| 本人からのご請求の場合 | | <ul style="list-style-type: none"> ・運転免許証のコピー、パスポートのコピー、マイナンバーカードのコピー（マイナンバーの記載されていない表面のみ）又は住民票の写し（マイナンバーの記載がないもの、コピーは不可） 1通 ※ 開示等のご請求に対する回答は、当該公的証明書のコピーに記載された住所に送付させていただきます。住所変更の際はご注意ください。 |
| 代理人によるご請求の場合 | 未成年者又は成年被後見人の法定代理人の場合 | 代理人記入欄にご記入のうえ、上記本人確認書類に加え、下記書類をご同封ください。 <ul style="list-style-type: none"> ・戸籍謄本 1通 ・代理人の運転免許証のコピー、パスポートのコピー、マイナンバーカードのコピー（マイナンバーの記載されていない表面のみ）又は住民票の写し（マイナンバーの記載がないもの、コピーは不可） 1通 |
| | 委任に基づく代理人の場合 | 代理人記入欄にご記入のうえ、上記本人確認書類に加え、下記書類をご同封ください。 <ul style="list-style-type: none"> ・ご本人様の署名・実印による委任状（別紙2） 1通 ・ご本人様の印鑑証明書 1通 ・代理人の運転免許証のコピー、パスポートのコピー、マイナンバーカードのコピー（マイナンバーの記載されていない表面のみ）又は住民票の写し（マイナンバーの記載がないもの、コピーは不可） 1通 |

本手続きにて取得する個人情報が必要な手順のみに利用し、ご送付いただきました本人確認書類は、本手続きが完了次第、破棄させていただきます。

本人確認後1カ月を目安に、公的証明書のコピーに記載されたご本人様のご住所宛にGHIから直接、シークエンスデータを書き込んだ記憶媒体を送付いたします。ただし、物理的な送付ができない場合には、ご記入いただいたメールアドレス宛にシークエンスデータ授受の方法についてご連絡させていただく場合があります。

4.お問い合わせ先

ご不明な点については、GHJのWebサイト「お問合せフォーム」からお問い合わせください。

お問い合わせフォーム

<https://guardanthealthjapan.com/contact-us/>

シークエンスデータ開示請求書（別紙1）

「個人情報の保護に関する法律」第 33 条に基づき、検査委託先である米国所在のGuardant Health, Inc.（以下、GHI）に対し、シークエンスデータの開示を請求します。

| | | | |
|------------------------|-----|---|---------------------|
| 請求人記入欄 (Individual) | 日本語 | 住所 〒 | - |
| | | フリガナ 氏名 | 電話番号 (Tel) () - |
| | | メールアドレス (email) *携帯・スマホ専用のアドレスは使用できません @ | |
| | 英語* | Zip code / Address (郵便番号 / 住所) | - |
| | | First name (名) | Last name (姓) |
| 代理人記入欄 (Proxy) | 日本語 | 住所 〒 | - |
| | | フリガナ 氏名 | 電話番号 (Tel) () - |
| | | | |

*GHIへの請求の際に利用します

(注) シークエンスデータの開示は、書面ではなく記憶媒体での交付となります。また、ご本人様の公的証明書のコピーに記載された住所宛に GHI から直接送付されます。この際、ご本人様がお受け取りになれない場合には、ご住所にお住まいのどなたかがお受け取りになる可能性があることをご留意ください。ただし、物理的な送付ができない場合には、ご記入いただいたメールアドレス宛にシークエンスデータ授受の方法についてご連絡させていただく場合があります。

上記及び「シークエンスデータ請求手続きに関する説明文書」を十分に理解したうえで、シークエンスデータの開示を請求します。

署名日 _____

ご署名 (ご本人) _____

署名日 _____

ご署名 (代理人[※]) _____

[※]代理人請求の場合は、ご本人様及び代理人様ともにご署名をお願いします。ただし、ご本人様による署名が困難である場合に限り、代理人様によるご署名をもってご本人様による同意があったとみなします。

医療機関記入欄

TRF 識別番号:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

医療機関名: _____

上記の識別番号は請求人が受けた検査のものであることを証明いたします。

署名日 _____

所属 _____

ご署名 _____

西暦 年 月 日

委任状 (別紙2)

| | | | | |
|-------|---|-----|------|-------|
| 委任する人 | 氏名 | Ⓜ | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | | | |
| | 連絡先 | () | - | |
| | 私は次の者を代理人と定め、保有個人データに関する下記事項の請求を委任します。 | | | |
| 代理人 | 氏名 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 連絡先 | () | - | |
| 委任事項 | <input type="checkbox"/> 利用目的の通知 <input type="checkbox"/> 開示 <input type="checkbox"/> 訂正 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 利用停止 <input type="checkbox"/> 消去 <input type="checkbox"/> 第三者提供の停止 | | | |

* 委任状は、必ずご本人（委任者）が実印を捺印の上、自署によりご記入下さい。