

参加終了申請書

| | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|-------|---|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | |
| 公費負担医療の 受給者番号 | | | | | | | | |
| 住 所 | | | | | | | | |
| ふ り が な 氏 名 | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 | | | | | | 男 ・ 女 | |
| 参加者証の 有効期間 | 自 | 年 | 月 | 日 | 至 | 年 | 月 | 日 |
| 添 付 書 類 | <input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 | | | | | | | |
| 参加終了の理由 (任意記載) | 1. 自分の臨床データを活用されたくない 2. 医療費の助成を受けたくない 3. その他 () | | | | | | | |
| <p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、厚生労働省の研究事業に臨床データ（臨床調査個人票等）を提供し、活用されることに同意して本事業に参加しておりましたが、今般、同意を撤回することとし、事業への参加を終了することとしたいので申請します。</p> <p>なお、本申請書の受理日の月の末日まで、臨床データ（臨床調査個人票等）が活用されることについてあらかじめ了承いたします。</p> | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | |
| 埼玉県知事 | | | | | | | | |