|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書 | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　　所 | 〒　　　－    （電話番号）（　　　　　）　　　　　－ | | | | | | | |
| 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 | □　福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 | | | | | | | |
| 終了の理由 | 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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| 福岡県肝がん・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）を提出し、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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名  年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(代理人の場合は代理人の氏名を記載)  福岡県知事殿 | | | | | | | | |