

指定難病に係る医療費助成申請における臨床調査個人票の研究等への利用についての同意撤回書

厚生労働大臣 殿

私は、指定難病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した臨床調査個人票について、貴殿が指定難病に関する治療研究及び研究政策のための基礎資料として利用すること及び公的研究機関等に提供することについて同意をしていましたが、以下について了承した上で、この度当該同意を撤回いたします。

- データを既に解析している場合や、研究成果を既に公開している場合には、それらの情報について削除できないこと
- データ利用停止に当たり、データを特定するために、別紙の情報を利用すること及び記載いただいた情報に一致した情報について、研究等利用を停止すること
- 私が改めて同意をする場合に備え、データベースには引き続き保存すること

※以上の項目について了承する場合は、チェックボックスに「✓」を御記入ください。なお、全ての項目に「✓」が記入されていない場合、本同意撤回書が無効となることがあります。同意の撤回を希望する場合で上記項目に了承いただけない場合は、厚生労働省健康局難病対策課までご連絡ください。

年 月 日

郵便番号： _____

住所： _____

署名： _____

※未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意をする場合は、以下も記名してください。

代理人署名： _____

(続柄) _____

(本件について連絡させていただく際の連絡先)

メールアドレス： _____

電話番号： _____

別紙

(同意撤回するデータの特定にあたり必要な情報)

登録データの研究利用等停止にあたり、以下の情報を正しく記載して下さい。

申請した年	
申請した自治体名	
疾病名※1	
申請年の受給者番号※2	
申請時の名前 (漢字)	姓：_____ 名：_____
申請時の名前 (よみがな)	姓：_____ 名：_____
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
申請時の性別	
申請時の住所	
申請時の郵便番号	

※1 難病情報センターのホームページにてご確認ください。(http://www.nanbyou.or.jp/entry/5461)

※2 受給者証をお持ちの場合は、受給者番号をご記載ください。受給者証を返還している場合には記載不要です。

申請した年ごとに申請事項が異なる場合には、以下に分けて記載してください。

申請した年	
申請した自治体名	
疾病名※1	
申請年の受給者番号※2	
申請時の名前 (漢字)	姓：_____ 名：_____
申請時の名前 (よみがな)	姓：_____ 名：_____
申請時の性別	
申請時の住所	
申請時の郵便番号	

申請した年	
申請した自治体名	
疾病名※1	
申請年の受給者番号※2	
申請時の名前 (漢字)	姓：_____ 名：_____
申請時の名前 (よみがな)	姓：_____ 名：_____
申請時の性別	
申請時の住所	
申請時の郵便番号	