様様式第７号（第５関係）

**肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担番号 | ３ | ８ | ３ | ４ | ６ | ０ | ２ | | ９ |
| 公費負担医療の  受給者番号 | ９ |  |  |  |  |  |  | |  |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | |
| ふりがな  氏名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | 性別 | | 男・女  ※記載は任意です。未記載とすることも可能です。 | |
| 参加者証の  有効期間 | 自　　　　　　　年　　　月　　　日  至　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 添付書類 | □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） | 当てはまるものに○してください。  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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 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。  　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  広島県知事　様 | | | | | | | | | |

【申請の委任について】

　申請を代理人に委任する場合は、□にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。

　□　申請に際し、右記の者を代理として委任します。（代理人：　　　　　　　　　　　　）

申請者氏名　　　　　　　　　　印

（氏名を自署する場合は、押印は省略できます）