

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)