

〈同意のお願い〉

特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するため、患者さん方の治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本申請書に添付された臨床調査個人票は、厚生労働省の難治性疾患克服事業の研究班において、当該疾患の研究のための基礎資料として使用されますので、このことに同意された上で、特定疾患医療受給者証の交付申請を行って下さい。

また、臨床調査個人票の使用にあたっては、個人情報の保護に十分に配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾患研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。

※ 受療者住所以外の宛所に受給者証の送付を希望される場合は、下記にご記入ください。

郵便番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

受療者との続柄 _____

電話番号 _____