|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **肝がん・重度肝硬変治療特別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 |  | | | | | | | |
| 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 | □　肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業参加者証 | | | | | | | |
| 参加終了の理由  （任意記載） | 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・重度肝硬変治療特別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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（押印不要、代理人の場合は代理人の氏名を記載）  　　　　　　年　　　月　　　日    　　　山口県知事　　様 | | | | | | | | |