

(2)小児慢性特定疾患治療研究承認申請・継続協議書

公費負担者番号 52406014 受給者番号

小児慢性特定疾患治療研究 承認申請・継続協議書

平成 年 月 日

福岡県知事殿

申請者 住所 〒
(保護者)

氏名

Ⓜ

次のとおり関係書類を添えて、承認申請・継続協議します。

受診者	ふりがな		昭和 年 月 日 平成 (歳 月)
	氏名	男・女	(電話) - -
	住所		
保護者	疾患名		
	氏名		受診者との続柄 (電話) - -
生計中心者	住所		
	氏名		受診者との続柄
	住所		
被保険者証	今回申請する受診者以外に同一生計内で受診券の交付を受けている者	無・有 (氏名)	受給者番号)
	種別	健保・国保・共済・生保・その他()	記号・番号
医療機関	発行機関名		番号
	名称		
	所在地		

医療意見書の研究利用についての同意書

福岡県知事殿

平成 年 月 日

申請者署名

私は、小児慢性特定疾患治療研究事業申請に当たり、提出した(今後提出する)医療意見書が小児慢性特定疾患研究の基礎資料として使用されることに同意します。

《同意のお願い》

小児慢性特定疾患治療研究事業は、特定の小児の慢性疾患の治療研究を推進するため、患者さん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(今後添付する)医療意見書は、この事業の対象となるかどうかの判定に用いられると同時に、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、小児慢性特定疾患治療研究事業の申請を行って下さい。

また、医療意見書の使用に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

保健所受付印