

臨床調査個人票の研究等への利用に関する同意事項に係る変更届出書

臨床調査個人票の研究等への利用に関する同意事項について次のとおり変更したいので届け出ます。

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

届出者：患者本人又は保護者（患者が 18 歳未満の場合）の記名

住 所 〒

氏 名

電話番号

| | | | | | | | |
|--------------------|---------------|---|---|--------|--------|--|--|
| 受給者番号 (該当者のみ記入) | | | | | | | |
| 当初申請日 | 年 月 日 | | | | | | |
| 変更内容 (該当数字に○) | 1 同意を撤回する | | | 2 同意する | | | |
| 患者に関する事項 | 居住地 | | | | | | |
| | (フリガナ) 氏 名 | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | | |
| | 疾患名 | | | | | | |
| 保護者に関する事項 | 居住地 | | | | | | |
| | (フリガナ) 氏 名 | | | | 患者との続柄 | | |
| | 電話番号 | | | | | | |

※ 「保護者に関する事項」は、保護者が申請する場合のみ記入