

第1号様式

登録者証（指定難病）申請書				
要 支 援 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		電 話	
	個人番号			
	住 所			

申請者が上記記載の要支援者と異なる場合にご記入ください。

申 請 者	フリガナ		電 話	
	氏 名		要支援者 との関係	
	住 所			

私は、上記のとおり、登録者証を申請します。

申請者氏名

年 月 日  
神奈川県知事 殿

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、別添「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」のとおり、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

要支援者氏名

申請者氏名

年 月 日  
厚生労働大臣 殿