

(別紙2)

## 医療意見書の研究利用についての同意書

平成 年 月 日

〔都道府県知事  
指定都市市長  
中核市市長〕 殿

住 所  
患者氏名  
申請者氏名 印

私は、小児慢性特定疾患治療研究事業の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾患治療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、小児慢性疾患のうち特定の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。

申請書に添付された医療意見書は、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。