

同 意 書

県民健康調査甲状腺検査サポート事業支援金申請において提出された診療情報については、個人情報の保護に十分配慮し、個人が特定されない形で処理したうえで、下記の目的でのみ利用します。

○利用目的

- ・ 県民健康調査における基礎的な資料としての利用
- ・ 科学的知見を得るための学術的研究での利用

以上のことを理解のうえ、次の条件のもとに診療情報の利用に、同意します。

○同意条件

1. 申請者（申請者が未成年の場合は法定代理人）は同意の取り消しによる不利益を一切受けないこと。
2. 申請者（申請者が未成年の場合は法定代理人）の希望により、申請者に関する情報について、いつでも知ることができること。
3. 本申請で得られた申請者に関する個人情報の秘密は固く守られること。

年 月 日

福島県知事

申請者

住 所

氏 名

法定代理人（保護者又は後見人）

住 所

氏 名

※ 直筆での署名が必要です。

※ 受診者が未成年者等の場合は法定代理人の署名が必要です。