（様式１）

平成○○年○○月○○日

厚生労働省健康局難病対策課長　殿

研　 究 　班 　名

申　請　者　所　属

職　名

氏　名　　　　　　　　　　印

臨床調査個人票の使用について（申　請）

別紙のとおり臨床調査個人票の使用の承認を申請します。