指定難病患者データの研究利用のための第三者提供における個人情報の

流出事案に関する厚生労働書への照会について

　以下のとおり、流出した個人情報に関して、以下の者の情報が含まれているか否かの確認を求めます。

　１．疾病名

２．氏名

　３．住所

※　照会者と臨床調査個人票に記載された者が同一人物であることを確認するため、現住所と、平成26～30年度の住所が異なる場合は、当時の住所の記載もお願いします。なお、期間は概ねで差し支えありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 現住所（令和３年12月～現在） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 現住所と、平成26～30年度の住所が異なる場合は、以下に当時の住所を記載してください。 |
| 平成30年12月～令和３年12月 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 平成28年５月～平成30年12月 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 平成26年１月～平成28年５月 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

４．身分証明書の写し

※　生年月日や現住所が記載された免許証または被保険証などの写しの添付をお願いします。なお、提出いただいた身分証明書の写しについては、内容を確認次第、厚生労働省健康局難病対策課において、シュレッダーを用いた細断を行った上で廃棄させていただきます。

５．結果の連絡方法　（郵送・電話・メール）※いずれかを選択してください。

６．確認の結果の連絡先：