

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定辞退申出書

指定医療機関	医療機関コード
	名称	電話番号 (- -)
	種類	病院 ・ 診療所
	所在地	〒
辞退の理由		〒
辞退年月日		
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の指定医療機関の辞退を申し出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">開設者住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">開設者氏名 (法人の場合はその名称と代表者の職・氏名)</p> <p>静岡県知事 様</p>		

(注)

- 1 「指定医療機関」の「名称」記載欄には、正式名称を記載すること。