

(様式 1 1)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関辞届出書

香 川 県 知 事 殿

(開設者)
住所 (〒)

氏名

(法人の場合は所在地、名称、代表者職・氏名)

香川県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関を辞退したいので、香川県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱第 6 条第 7 項の規定により届け出ます。

記

医 療 機 関	名 称	
	種 類	病院 ・ 診療所 (有床・無床)
	所 在 地	(〒) (電話番号)
	医 療 機 関 コ ー ド	
辞 退 年 月 日	年 月 日	
辞 退 の 理 由		
患 者 の 措 置		
備 考		