

## 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書

鳥取県知事 様

年 月 日

住所（又は所在地）

氏名（又は法人名及び代表者氏名）

印

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いの定めるところに従って、医療を担当します。

記

医療機関	名 称	電話（ - - ）					
	種 類	病 院 ・ 診療所					
	所在地	〒 -					
	医療機関コード						
開 設 年 月 日		年 月 日					
開設者	住所 (所在地)	〒 -					
	氏名 (法人名および 代表者氏名)						
※□内の該当するものにレ印をしてください。							
<input type="checkbox"/> 実務上の取扱い別添3に定める医療（B型肝炎ウイルスまたはC型肝炎ウイルスによる肝がんまたは肝硬変の患者に対して行われる入院医療で保険適用となっているもののうち厚生労働省が定めるもの）を行うことができる施設である。							
<input type="checkbox"/> 指定医療機関に求められる以下の役割を行うことができる。							
・ 肝がん・重度肝硬変患者がいる場合、本事業についての説明及び入院記録票の交付を行うこと。							
・ 入院記録票および入院記録補助票の記載を行うこと。							
・ 患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療に従事している医師に臨床調査個人票等を作成させ、交付すること。							
・ 本事業の対象となる肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。							
・ その他、指定医療機関として本事業に必要な対応について協力すること。							