**指定医療機関（変更・辞退）届出書**

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の実務上の取扱い（平成３０年７月１２日付健肝発第０７１２第１号厚生労働省健康局がん・疾病対策課肝炎対策推進室長通知）７の規定に基づき、下記のとおり指定を（変更・辞退）したいため届出を行う。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出の種類 | | | □　変更届　　□　辞退届  ※該当の□に☑をしてください。 | |
| 変更（辞退）年月日 | | | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 変更（辞退）理由 | | |  | |
|  | | | 変更前 | 変更後 |
| 変更の内容 | ※変更があった箇所のみ記載してください | 名　称 |  |  |
| 所在地 | 〒 | 〒 |
| 連絡先  （電話番号） | －　　　－ | －　　　－ |
| 医療機関コード |  |  |