

(様式第17号)

肝炎治療受給者証返還届出書							
受給者	ふりがな 氏名						
	生年月日	年	月	日	生	(歳)	
	受給者番号						
	住所	〒					(電話)
返還の理由	県外転出 ・ 治癒 ・ 死亡 ・ その他						
返還事由発生日 及び 状況説明							
上記について肝炎治療受給者証の返還を届け出ます。							
年 月 日							
氏 名							
続柄 (受給者の) 印 (直筆の場合は、押印省略可)							
鳥取県 総合事務所長 鳥取市保健所長 様							