

肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業指定医療機関取消届出書

山口県知事 様

開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業による指定医療機関の指定の取消を求めたいので、下記のとおり届け出ます。

記

医療機関	名称	電話（ ）					
	種類	病院 ・ 診療所（ 有床 ・ 無床 ）					
	所在地						
	医療機関コード						
開設者	住所（※1）						
	氏名（※2）						
取消予定年月日		年 月 日					
取消の理由		1 実施要領別添3に定める医療を行うことが困難になったため 2 実施要領7（4）に定める指定医療機関の役割を担うことが困難になったため 3 上記医療機関を廃止するため 4 その他（ ）					

※1）開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地 ※2）開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名