

(別紙様式13)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定辞退届

年 月 日

石川県知事 谷本 正憲 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・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関の指定を辞退したいので、  
届け出ます。

記

医療 機 関	名 称	電話 ( )					
	種 類	病 院 ・ 診 療 所 (有床)					
	所在地						
	医療機関コード						
指定年月日	年 月 日						
指定番号	石川県指定 健第 号						
辞退年月日 (※)	年 月 日						
辞退理由							

※参加者の本事業の利用に支障がないよう十分な時間的余裕を持った日を記入すること。