

千葉県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関変更届

千葉県知事 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）

下記のとおり変更が生じたので、届出します。

1 変更事由： _____

2 変更年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【変更前】

医療機関	名称	電話（ _____ ）
	住所	
	指定区分	【該当する方に○をつけてください。】 ①入院及び外来（実施要綱第5条第1項第1号に該当する施設である。） ②外来のみ（実施要綱第5条第1項第2号に該当する施設である。）
開設者	住所（※1）	
	氏名（※2）	

【変更後】（※3）

医療機関	名称	電話（ _____ ）
	住所	
	指定区分	【該当する方に○をつけてください。】 ①入院及び外来（実施要綱第5条第1項第1号に該当する施設である。） ②外来のみ（実施要綱第5条第1項第2号に該当する施設である。）
開設者	住所（※1）	
	氏名（※2）	

※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

※3) 変更後欄は変更があるものについて記載してください。

※4) 提出先は疾病対策課難病審査班までお願いします。