

(様式10)

年 月 日

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辞退届

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)

千葉県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱第15条第5項の規定により
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の指定を辞退します。

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						
辞退理由							
辞退年月日		年 月 日					

※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