別紙第２号様式

　　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ましたので、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 | 【該当する方に〇をつけてください。】  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 | 【該当する方に〇をつけてください。】  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。