（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