

別紙第2号様式

## 千葉県肝疾患指定医療機関指定辞退届

平成 年 月 日

千葉県知事様

住 所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

このことについて、千葉県肝炎治療特別促進事業指定医療機関  
取扱要領第5の 規定により肝疾患指定医療機関の指定を辞退いた  
します。

### 記

1. 医療機関名

2. 住 所

3. 電話番号

4. 辞退理由

5. 辞退年月日 平成 年 月 日

※提出先は、「健康福祉部疾病対策課難病審査班」までお願いします。