様式第12号

**福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関辞退届出書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　称 |  | |
| 種　類（※） | 病院　・　診療所（　有床　・　無床　） | |
| 指定区分（※） | 入院及び外来　・　外来のみ | |
| 所在地 | 〒　　－  （電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | |
| 医療機関等コード |  | |
| 辞退年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 辞退の理由  （具体的に記載） |  | |
| 上記のとおり、福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領第10条第4項の規定により、指定医療機関の辞退を申し出る旨を届け出ます。    　　　　年　　月　　日  　開　設　者　等  住　　　　　所  氏名又は名称    福岡県知事　殿  ※　いずれかを○で囲むこと。 | | |
| （保健所収受印） |