

(様式第 6)

肝炎治療指定医療機関申請書

令和 年 月 日

岩手県知事 様

開設者 住所
氏名 印

岩手県肝炎治療特別促進事業実施要綱第 12 の規定による肝炎治療指定医療機関として指定を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 病院若しくは診療所又は薬局 | 名称 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 (連絡先) TEL FAX | | | | | | | | |
| | 指定希望日 | | | | | | | | | |
| | 保険医療機関コード | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------|-------|------|--|--|--|-----|--|--|--|
| 保健所等 記入欄 | 特記事項 | | | | | 受付印 | | | |
| | 指定申請書 | 押印確認 | | | | | | | |