

(様式第 8)

肝炎治療指定医療機関辞退届

令和 年 月 日

岩手県知事 様

開設者の住所
(連絡先)
開設者氏名

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の指定を辞退したいので、次のとおり提出します。

病院若しくは診療所又は薬局	名称										
	所在地										
	理由										
	辞退希望日										
	保険医療機関コード										

保健所等 記入欄	特記事項						受付印			
	辞退届	押印確認								