

( 様式第 6 )

## 肝炎治療指定医療機関指定申請書

平成 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	0	3									

保健所等 記入欄	特記事項					受付印
指定申請書	押印確認					