

(様式第12号)

年 月 日

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

福井県知事 様

開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者の氏名 (法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関の指定を辞退したいので、
届け出ます。

記

医療 機 関	名 称	電 話 ()					
	種 類	病 院 ・ 診 療 所 (有床)					
	所在地						
	医療機関コード						
指 定 年 月 日	年 月 日						
指 定 番 号	福井県指定 保第 号						
辞 退 年 月 日	年 月 日						
辞 退 理 由							