

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請事項変更届

指 定 医療機関	医療機関コード									
	名 称		電話番号 (      -      -      )							
変更のある事項に し点を付し、変更後の 内容を記入する	医療 機 関	<input type="checkbox"/>	名 称	電話番号 (      -      -      )						
		<input type="checkbox"/>	種 類	病 院      ・      診 療 所						
		<input type="checkbox"/>	所 在 地	〒						
	開 設 者	<input type="checkbox"/>	住 所 <small>(法人の場合は主たる事務所の所在地)</small>	〒						
		<input type="checkbox"/>	氏 名 <small>(法人の場合はその名称と代表者の職・氏名)</small>							
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請事項に変更があったため届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 <small>(法人の場合は主たる事務所の所在地)</small></p> <p style="text-align: center;">開 設 者 氏 名 <small>(法人の場合はその名称と代表者の職・氏名)</small></p> <p>静岡県知事 様</p>										

(注)

- 1 「医療機関」の「名称」記載欄には、正式名称を記載すること。