

第1号様式

肝炎インターフェロン治療医療機関指定申請書

平成 年 月 日

京都府知事 様

開設者

住 所 〒

TEL ( ) —

氏 名

㊟

(※法人の場合は所在地、名称、代表者名、代表者印)

京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱第5項に定める医療機関の指定を受けたく申請します。

なお、指定の上は、京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱の定めるところにしたがって、適正な治療を行います。

記

医療機関の所在地	〒  TEL ( ) —
医療機関の名称	
医療機関コード (府県番号から始まる10桁のコード)	
指定を受けようとする 年月日	

第2号様式

肝炎インターフェロン治療医療機関辞退申出書

平成 年 月 日

京都府知事 様

開設者

住 所 〒

TEL ( ) —

氏 名

印

(※法人の場合は所在地、名称、代表者名、代表者印)

京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱に定める医療機関を辞退したく申し出ます。

記

医療機関の所在地	〒  TEL ( ) —
医療機関の名称	
医療機関コード (府県番号から始まる10桁のコード)	
辞退の理由	
辞退年月日	平成 年 月 日