様式第１号－１（医療機関用）

実　施　申　出　書

年　　月　　日

山口県知事　様

（申請者）

所　在　地	〒	
	住　　所	
	電話番号	
フ リ ガ ナ 医療機関名		
代 表 者 名 ※法人にあっては法人名・及び代表者名		印

下記のとおり山口県が実施する肝炎治療特別促進事業を実施したいので申し出をします。

記

事 業 実 施 期 日	年　　月　　日	
診療科名及び担当医　師　氏　名	診療科名	医師名
医療機関コード		

※ 本申出書の提出に際しては、必要事項を記入・押印した肝炎治療特別促進事業委託契約書（医療機関用）を２部添付してください。