

様式第5号

肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業参加終了通知書

公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								
住 所								
ふ り が な 氏 名								
生 年 月 日	年 月 日						男 ・ 女	
参加者証の 有効期間 (直近のもの)	自 至		年 年		月 月		日 日	
助成制度の 利用実績	自 至		年 年		月 月		日 日	
終了年月日	年 月 日 (※受理日の月の末日)							
終了の理由	1. 参加終了申請書の提出 2. その他 ( )							
肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業への参加は、上記終了年月日をもって終了することを通知する。なお、同日付をもって、本事業に関する臨床データ（臨床調査個人票等）の活用を終了するものとする。								
年 月 日								
山口県 山口県知事								
印								