別記様式２

肝疾患専門医療機関の指定に係る変更届

年　　　月　　　日

山口県知事　　様

郵便番号

医療機関名

所在地

開設者氏名

（代表者氏名）

電話番号

下記のとおり変更事項がありましたので、届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定を受けた年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 変更事項 | 事　項（該当事項に○印） | 変更前 | 変更後 |
| １　日本肝臓学会認定肝臓専門医の有無  ２　抗ウイルス療法の実施  ３　肝がんのハイリスク群の同定と早期診断の実施  ４　ＣＴの設置  ５　腹部エコーの設置  ６　要診療者の追跡調査への協力  ７　拠点病院等連絡協議会への参加  ８　拠点病院研修会への参加  ９　肝疾患コーディネーターの在  　籍  10　肝疾患コーディネーター活動  への協力  11　専門医療機関としての医療機関名の公表 |  |  |
| 変更（予定）年月日 | | 年　　　月　　　日（予定） | |
| 備　　　　　　　考 | |  | |

* 変更事項１～６及び９は、専門医療機関の選定要件に関わる事項