別記様式３

肝疾患専門医療機関の指定に係る辞退届

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、山口県肝疾患専門医療機関の指定辞退を申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 指定年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 辞退の理由等 | * + 指定要件を満たさなくなったため
	+ 医療機関の廃止
	+ その他
 |
| 辞退年月日（辞退の理由が生じた日） | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 備　考 |  |