

肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業指定医療機関変更届出書

山口県知事 様

開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者の氏名 (法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名)

肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業による指定医療機関に係る変更事項がありましたので、下記のとおり届け出ます。

記

変更項目		変更前						変更後					
医療機関	名称	電話 ()						電話 ()					
	種類	病院・診療所(有床・無床)						病院・診療所(有床・無床)					
	所在地												
	医療機関コード												
開設者	住所(※1)												
	氏名(※2)												
指定区分	<input type="checkbox"/> 実施要綱5(1)①に該当する施設(入院及び外来)への変更 <input type="checkbox"/> 実施要綱5(1)②に該当する施設(外来のみ)への変更												
変更年月日	年 月 日												

(注) 変更があった箇所のみ記載してください。

※1) 開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地 ※2) 開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名