

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 ※法人にあつては法人名・及び代表者名		

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。

※ 医療機関コードの欄については、左3桁を空けて、右7桁に記入してください。