

申 出 書

令和 年 月 日

山 口 県 知 事 様

所在地 〒
住所

TEL() -

医療機関名

代表者名

下記のとおり山口県が実施する特定疾患治療研究事業を実施したいので申し出をします。

記

1 実施期日 令和 年 月 日

2 診療科及び担当医師名等

診療科名等	担当医師等氏名

3 医療機関コード

--