様式第９号（第７関係）

肝炎治療指定医療機関等辞退届出書

年　　月　　日

広島県知事様

所在地（法人であるときは，主たる事務所の所在地）

〒　　　　－

電話番号（　　　　）

開設者氏名（法人であるときは，名称及び代表者の氏名）

次の理由により，指定医療機関等を辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　医療機関等の名称及び所在地 | （名称） |
| （所在地）〒　　　　－電話番号（　　　　） |
| ２　理由 |  |
| ３　備考 |  |

※指定証の原本を添付すること。