様式第 17 号（第９関係）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関変更・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）
〒

開設者氏名（法人であるときは，名称及び代表者の氏名）

次のとおり { □変更があったので / □辞退したいので } 届け出ます。

医療機関	名称	
	種類	□病院　　□診療所
	所在地	〒 電話番号
届出区分	□変更	変更事項（該当する番号に〇） １　医療機関の名称　　２　種類　　３　所在地 ４　連絡先　　５　医療機関コード　　６　指定区分 ７　その他（　　） 変更前 （　　） 変更後 （　　）
	□辞退	辞退理由 （　　）
備考		

※ □には，当てはまる方にチェックを入れてください。

※ 変更事項１，３，６又は辞退の場合は，様式第 15 号（指定証）の原本を添えて届け出てください。