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）

□変更があったので

次のとおり　　　　　　　　　　　　　　届け出ます。

□辞退したいので

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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○）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。