

肝炎治療指定医療機関等変更・追加申請書

年 月 日

広島県知事様

次のとおり指定医療機関・薬局を、変更（追加）したいので、承認してください。

ふりがな		受 給 者 番 号					
氏 名							
住 所		〒 -					
		電話番号（ ） - <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 関係者 _____					
		※日中連絡の取れる電話番号を記入のこと。関係者の番号を記入する場合は申請者との関係性を明記すること。					
削 除	名 称						
	所 在 地						
	名 称						
	所 在 地						
	名 称						
	所 在 地						
追 加	名 称						
	所 在 地						
	名 称						
	所 在 地						
	名 称						
	所 在 地						

※ 肝炎治療受給者証の原本を提出のこと。