

別紙第2号様式

千葉県肝疾患専門医療機関指定辞退届

令和 年 月 日

千葉県知事 様

住 所 _____

医療機関名 _____

このことについて、千葉県肝疾患専門医療機関取扱要領第5の規定により肝疾患専門医療機関の指定を辞退いたします。

記

1. 医療機関名

2. 住 所

3. 電話番号

4. 辞退理由

5. 辞退年月日 令和 年 月 日

※提出先は、「健康福祉部疾病対策課難病審査班」までお願いします。