

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関業務休止等届

指定年月日                      年      月      日	
届出事由発生年月日	年      月      日
届出事由	1 業務の休止    2 業務の廃止 (※)    3 業務の再開    4 その他 (該当するものに○を付け、内容・理由欄を記載してください。)
内容・理由 (届出事由が「その他」の場合は、必ず記載してください。)	

上記のとおり肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定要領第4 (5) の規定により届け出ます。

年      月      日

医療機関等

名称      :

所在地    :

コード (※2) :

開設者

住所 (法人にあっては所在地)      :

電話番号    :

氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名)      :

東京都知事                      殿

※ 業務の廃止の場合は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定書 (原本) を添付してください。