

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関  
指定辞退申出書

|           |   |   |   |   |
|-----------|---|---|---|---|
| 指定年月日 (※) | 年 | 月 | 日 |   |
| 辞退年月日     |   | 年 | 月 | 日 |
| 辞退の理由     |   |   |   |   |

※ 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。

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（6）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 :

開設者

住所（法人にあつては所在地） :

電話番号 :

氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名） :

東京都知事 殿