

(別紙様式1の3)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関辞退届出書

年 月 日

熊本県知事 様

医療機関の所在地等 郵便番号
所在地
電話番号

医療機関の名称

医療機関の開設者

住所(法人の場合は、法人の住所)

氏名(法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名)

次の理由により、指定医療機関を辞退します。

1.理由	
2.備考	