

(別紙様式6の2)

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)

熊本県肝炎公費負担医療指定医療機関等辞退届出書

次の理由により、指定医療機関等を辞退します。

現在の指定医療機関等の内容 該当する箇所にチェックを入れること	指定医療機関 (インターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療 核酸アナログ治療) 治療実施機関 (インターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療 核酸アナログ治療)
理由	
備考	

契約書の原本を添付すること。