（様式４）

令和　　年　　月　　日

　熊本県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

**肝疾患専門医療機関登録抹消届**

　下記のとおり、登録抹消の届出をします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 登録抹消希望の理由 |  |
| 登録抹消希望年月日 | 年　　　月　　　日 |