

(表面)

(別紙様式 4)

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)

印

熊本県肝炎公費負担医療指定医療機関指定申請書

熊本県肝炎治療特別促進事業実施要綱 (平成20年 (2008年) 4月16日付け健危管第70号熊本県健康福祉部長通知) 第9の1の規定に基づく医療機関として指定せられたく申請する。

【指定申請の対象】

※指定希望業務について、貴医療機関が該当するものにチェックを入れてください。

○肝炎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に係る指定医療機関業務

- 日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医が勤務する医療機関。ただし、日本消化器病学会消化器病専門医は、熊本県肝疾患診療連携拠点病院が実施する講習会を3年以内に受講した者に限る。(1)
- 上記以外の医療機関 (2)

○核酸アナログ製剤治療に係る指定医療機関業務

- 日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医が勤務する医療機関。ただし、日本消化器病学会消化器病専門医は、熊本県肝疾患診療連携拠点病院が実施する講習会を3年以内に受講した者に限る。(3)
- 上記以外の医療機関 (4)

(裏面に続く)

(裏面)

○診断書作成を行う担当医

役職	診療科	担当医名	備考

※添付書類

(1) 及び(3)の施設

- ① 日本肝臓学会肝臓専門医の認定証又は日本消化器病学会消化器病専門医の認定証の写し
- ② 熊本県肝疾患診療連携拠点病院が実施する講習会の受講証の写し
(日本消化器病学会消化器病専門医のみ)
- ③ 保険医療機関指定通知書の写し

(2) 及び(4)の施設

- ① 保険医療機関指定通知書の写し
- ② 日本肝臓学会専門医の認定通知書の写し

※①、②に加え、必要な書類の提出を求める場合があります。