

記入例

(表面)

(別紙様式 4)

平成 年 月 日

熊本県知事 様

医療機関の所在地等 郵便番号 862-8570
所在地 熊本市中央区水前寺6丁目18番1号
電話番号 096-〇〇〇-〇〇〇

医療機関の名称 〇〇内科医院

医療機関の開設者

住所 (法人の場合は、法人の住所) 〒〇〇〇-〇〇〇〇
熊本市■町△番□号

※法人の場合は、
法人の代表印

氏名 (法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名)

医療法人社団 ▲▲会
理事長 県庁 太郎

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

- 日本肝臓学会の認定施設又は関連施設 (1)
- 日本消化器病学会の認定施設又は関連施設であり、かつ、日本肝臓学会の専門医が常勤する施設 (2)
- 上記以外の医療機関 (3)

○核酸アナログ製剤治療に係る指定医療機関業務

- 熊本県肝疾患診療連携ネットワークにおける拠点病院又は専門医療機関 (4)
- 日本肝臓学会の認定施設又は関連施設 (5)
- 日本消化器病学会の認定施設又は関連施設であり、かつ、日本肝臓学会の専門医が常勤する施設 (6)
- 上記以外の医療機関 (7)

該当するところにチェック

(裏面に続く)

(裏面)

① 診断書作成を行う担当医 ← 日本肝臓学会専門医

役職	診療科	担当医名	備考

※添付書類

(1) の施設

- ① 日本肝臓学会認定施設又は関連施設の指定通知書の写し
- ② 保険医療機関指定通知書の写し

(2) の施設

- ① 日本消化器病学会認定施設又は関連施設の指定通知書の写し
- ② 日本肝臓学会専門医の認定通知書の写し
- ③ 保険医療機関指定通知書の写し

(3) の施設

- ① 過去2年間の肝炎インターフェロン治療の導入実績を示す書類
 - ② 保険医療機関指定通知書の写し
- ※①②に加え、必要な書類の提出を求める場合があります。

(4) の施設

- ① 保険医療機関指定通知書の写し
- ※必要に応じて、別に書類の提出を求める場合があります。

(5) の施設

- ① 保険医療機関指定通知書の写し
- ※①に加え、必要な書類の提出を求める場合があります。

表面の該当する番号に従って必要書類を添付してください。