

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名)

印

治療実施医療機関業務申請書

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2の規定に基づく医療機関の業務を実施したいので、申請します。

【実施する業務内容】 ※当てはまるものに○を付けてください。

1. 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
2. 核酸アナログ製剤治療

【治療担当医】

| 役職 | 診療科 | 担当医名 | 備考 |
|----|-----|------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

【添付書類】 保険医療機関指定通知書の写し