

別記第2号様式

肝炎治療医療機関辞退申出書

年 月 日

京都府知事 様

開設者

住 所 〒

TEL () —

氏 名

㊟

(※法人の場合は所在地、名称、代表者名、代表者印)

京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱に定める医療機関を辞退したく申し出ます。

記

医療機関の所在地	〒 TEL () —
医療機関の名称	
医療機関コード (府県番号から始まる10桁のコード)	
辞退の理由	
辞退年月日	年 月 日