

(様式1)

肝炎治療特別促進事業協定締結申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 住 所
(開設者)

氏 名 印

肝炎治療特別促進事業協定を締結したいので、下記のとおり申請します。

医療機関等の名称	
医療機関等の所在地	
保険医療機関コード	
担当医師名	
担当医師の経歴 (肝炎治療に係るものを記入してください)	<ul style="list-style-type: none">●所属学会等 ●経験年数 ●過去2年間のインターフェロンフリー治療件数 <p>※担当医師が複数名の場合はそれぞれ記入してください。別紙でも可。</p>

連絡先 電話番号
事務担当者氏名

FAX番号

(様式2)

肝炎治療特別促進事業協定変更届

年 月 日

鹿児島県知事 様

届出者 住 所
(開設者)

氏 名 印

肝炎治療特別促進事業協定書に記載した事項について、次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

記

- 1 協定締結年月日 年 月 日
- 2 変更年月日 年 月 日
- 3 変更内容

	変更前	変更後
法人の名称		
法人の代表者（開設者） 氏名		
医療機関等の所在地		
医療機関等の名称		

- 以下の変更内容の場合には、現協定を解除し、新たに協定を締結するものとします。
したがって、「肝炎治療特別促進事業協定解除届」(様式3)を提出してください。
 - ① 保険医療機関コードが変更になった場合
 - ② 開設者が自然人であった医療機関等が法人化された場合
 - ③ 法人格が変わった場合

(様式3)

肝炎治療特別促進事業協定解除届

年 月 日

鹿児島県知事 様

届出者 住 所

(開設者)

氏 名

印

肝炎治療特別促進事業協定を解除したいので、届け出ます。

記

医療機関等の名称	
医療機関等の所在地	
保険医療機関コード	
協定締結年月日	
協定解除年月日	
解除の理由	