

様式第10号

年 月 日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関辞退届

滋賀県知事 様

開設者氏名
所在地
連絡先電話番号

指定医療機関を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

記

- 1 指定医療機関名
- 2 指定医療機関の所在地
- 3 辞退年月日
年 月 日
- 4 辞退する理由