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