様式第１０号（第８関係）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関変更届出書

　　　　宮城県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　開設者氏名

　下記のとおり肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関の申請内容を変更いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 医療機関 | 名　称 | 電話（　　　　　　　　　　　） | 電話（　　　　　　　　　　　　） |
| 種　類 | 病　院　　・　　診療所 | 病　院　　・　　診療所 |
| 所在地 |  |  |
| 医療機関コード |  |  |
| 変 更 年 月 日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 開設者 | 住所（※１） |  |  |
| 氏名（※２） |  |  |
| （備考） |

※１）開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地 ※２）開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名