

(送信先 FAX : 092-643-3271)

検査・治療医療機関 辞退届

福岡県保健医療介護部健康増進課長 殿

福岡県肝炎ウイルス (検査・治療※) 医療機関としての指定を辞退いたします。
(※治療医療機関で、治療のみ辞退の場合は治療のみ、検査・治療双方を
辞退の場合は検査・治療共に○で囲んでください。)

申請者住所 (法人所在地)

申請者氏名 (法人名称及び代表者氏名)

印

医療機関の概要

医療機関名

医療機関住所 (〒 —)

連絡先 TEL

FAX

管理者氏名