

検査・治療医療機関 辞退届

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課長 殿

(FAX : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 3 3 1)

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 ともに○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）

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
