

(様式第14号)

令和 年 月 日

山形県知事

殿

住所・所在地：
氏名・法人名：
医療機関名称：
記載責任者：
連絡先電話番号：

肝炎専門医療機関の辞退届

山形県肝炎治療特別促進事業実施要綱第7に定める肝炎専門医療機関を辞退したいので、下記のとおり届出ます。

記

- 1 医療機関名称：
- 2 住所・所在地：
- 3 辞退理由：
- 4 辞退年月日：