

山形県知事

殿

住所・所在地：

氏名・法人名：

印

医療機関名称：

記載責任者：

連絡先電話番号：

肝炎専門医療機関指定申請書

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の指定を受けた
いので、下記により申請します。

記

1 専門的な知識を持つ医師の勤務状況について

① 肝臓専門医 常勤 名 非常勤 名

② 消化器病専門医 常勤 名 非常勤 名

③ その他 () 名

2 過去の肝炎治療症例数について

① 核酸アナログ製剤治療 約 件

② インターフェロン治療 約 件

3 「肝疾患診療連携体制に関するガイドライン」における以下のことを行う
ことが可能である。(該当する欄に○印を付ける)

① 専門的な知識を持つ医師による診断（活動度及び病期を含む）と治療方針の決定が可能である。	
② インターフェロンなど抗ウイルス療法が可能である。	
③ 肝がんの高危険群の同定と早期診断が可能である。	

	認定審査欄(※)			
	適	否	適	否

※印の欄には、記入しないでください。