

(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：

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：