

## 肝炎診断書記載医師申請書

年 月 日

高知県知事 様

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第 7 に規定する肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書記載医師として認定を受けたいので、下記の条件を承諾の上、申請します。

申請者(医師名)	
所属医療機関	所在地： 医療機関名称：
診断書の種類 (該当に○を記入してください。)	① ( ) インターフェロン治療に係る診断書 ② ( ) 核酸アナログ製剤治療に係る診断書 ③ ( ) インターフェロンフリー治療に係る診断書
該当要件 (該当に○を記入してください。)	① ( ) 日本肝臓学会肝臓専門医(※) ② ( ) 日本消化器病学会消化器病専門医(※) ③ ( ) インターフェロン治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師 ④ ( ) 核酸アナログ製剤治療の診断書記載に当たって肝疾患診療連携拠点病院の指導や助言が受けられる医師

※診断書の種類③に該当する場合は、該当要件①のみです。

※該当要件の①又は②に該当する場合は、インターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療に係る診断書を作成することができます。

### 条件

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第 7 に規定する診断書を作成する医師であることについて、県のホームページ等の広報媒体で広く県民に周知することに同意すること。