

肝炎治療医療機関認定申請書

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8に規定する肝炎治療医療機関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。

医療機関	所在地： 医療機関名称：
治療の内容 (該当に○を記入してください。)	① () インターフェロン治療 ② () 核酸アナログ製剤治療 ③ () インターフェロンフリー治療
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がいる(医師名：_____) ④ () 核酸アナログ製剤治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師がいる(医師名：_____)

※治療の内容③に該当する場合は、該当要件①又は②のうち県が認める研修会を受講した医師が属する医療機関とします。

※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が可能です。

※該当要件の③に該当する場合は、別記第11号様式の2による認定審査資料も添えてください。

条件

- ① 最新の「慢性肝炎の治療ガイド」を遵守すること。
- ② 助成事業の評価を行うための調査に協力すること。
- ③ 治療等の標準化を図るための研修等に積極的に参加すること。
- ④ 該当要件の③又は④に該当する医師に異動があった場合は、速やかに届け出ること。