

(様式第3号)

高知県肝疾患専門医療機関辞退届

平成 年 月 日

高 知 県 知 事 殿

(〒)

所 在 地 _____

医療機関名 _____

代表者氏名 _____ 印

電話番号 _____

下記のとおり、高知県肝疾患専門医療機関の辞退を届出します。

記

認 定 年 月 日	年 月 日
辞退希望の理由	
廃止又は辞退 希望の年月日	年 月 日
備 考	