

(様式2)

年 月 日

愛知県B型・C型肝炎患者医療給付事業指定医療機関申請書

愛 知 県 知 事 殿

名 称

代表者氏名

所 在 地

電 話 番 号

メールアドレス

下記のとおり指定してください。

記

1 医療機関名称

2 所在地

〒

3 連絡先電話番号

4 メールアドレス

5 院長（管理者）氏名

6 専門医の種類等

(1) 専門医の種類 : (肝臓専門医 ・ 消化器病専門医)
いずれかに○をつけてください。

(2) 認定番号 : (号)

(3) 氏 名 :

* 専門医とは、日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会の専門医とします。