

(様式4)

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辞退届出書

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

年 月 日をもって、愛知県B型・C型肝炎患者医療給付事業における指定医療機関を辞退します。

- 1 医療機関の名称
- 2 医療機関の所在地
- 3 理由