

(様式3)

年 月 日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（愛知県肝がん・重度肝硬変患者医療  
給付事業）指定医療機関変更届出書

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

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（愛知県肝がん・重度肝硬変患者医療給付事  
業）における指定医療機関の指定内容に変更が生じたので、届け出ます。

1 変更事項

変更前	変更後

2 変更年月日

年 月 日

3 変更理由