

(様式10)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関変更届出書

香川県知事 殿

(開設者)
住所 (〒)

氏名

(法人の場合は所在地、名称、代表者職・氏名)

香川県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱第6条第2項に規定する申請内容に変更が生じたため、同条第6項の規定により届け出ます。

記

変更年月日			年	月	日
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載してください。	医療機関	名称	<input type="checkbox"/>		
		所在地	<input type="checkbox"/>	(〒)	
	開設者	住所(※1)	<input type="checkbox"/>	(〒)	
		氏名(※2)	<input type="checkbox"/>		
	その他の事項		<input type="checkbox"/>		

※1) 開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地

※2) 開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名