

(様式1)

年 月 日

熊本県知事 様

医療機関所在地： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_

代表者名： \_\_\_\_\_ 印

電話番号： \_\_\_\_\_

### 肝疾患専門医療機関登録申請書

下記のとおり肝疾患専門医療機関の要件を満たしていますので、登録を申請します。  
記

肝疾患治療 担当医師名	診療科名	勤務形態	資格等※
		常勤 ・ 非常勤（月・週 回勤務）	
		常勤 ・ 非常勤（月・週 回勤務）	
		常勤 ・ 非常勤（月・週 回勤務）	
		常勤 ・ 非常勤（月・週 回勤務）	

※「資格等」欄には、以下の①～③のうち、該当する番号を記載してください。

- ①日本肝臓学会の指導医又は専門医
- ②熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会の熊本県認定肝臓病医療支援システムにおける指定高次  
専門施設の担当医
- ③熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会の肝臓病認定医

肝疾患に関する専門医療機関として、医療機関名を公表することに

同意します ・ 同意しません