（別紙様式６の１）

年　　月　　日

熊本県知事　様

医療機関の所在地等　郵便番号
所 在 地
電話番号

医療機関の名称

医療機関の開設者
住所（法人の場合は、法人の住所）

氏名（法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名）

熊本県肝炎公費負担医療指定医療機関等変更届出書

次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

現在の指定医療機関等の内容 ※該当する箇所にチェックを入れること	□指定医療機関 (□インターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療　□核酸アナログ治療) □治療実施機関 (□インターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療　□核酸アナログ治療)
変更事項 ※該当する番号を〇で囲み、変更前、変更後を記入すること	1　医療機関の名称　　2　所在地　　3　連絡先 4　診断書作成医師　　5　医療機関コード　　6　代表者氏名 7　その他（　　）
	(変更前)
	(変更後)
備　考	

※　診断書作成医師を変更する場合は、日本肝臓学会専門医又は熊本県がん検診従事者（機関）認定協議会肝臓病認定医証の写しを添付すること。