

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）

印

熊本県肝炎公費負担医療指定医療機関指定申請書

熊本県肝炎治療特別促進事業実施要綱（平成20年4月16日付け健危管第70号熊本県健康福祉部長通知）第9の1の規定に基づく医療機関として指定せられたく申請する。

【指定申請の対象】

※指定希望業務について、貴医療機関が該当するものにチェックを入れてください。

○肝炎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に係る

指定医療機関業務

- 日本肝臓学会の認定施設又は関連施設（1）
- 日本消化器病学会の認定施設又は関連施設であり、かつ、日本肝臓学会の
専門医が常勤する施設（2）
- 上記以外の医療機関（3）

○核酸アナログ製剤治療に係る指定医療機関業務

- 熊本県肝疾患診療連携ネットワークにおける拠点病院又は専門医療機関（4）
- 日本肝臓学会の認定施設又は関連施設（5）
- 日本消化器病学会の認定施設又は関連施設であり、かつ、日本肝臓学会の
専門医が常勤する施設（6）
- 上記以外の医療機関（7）

(裏面に続く)

○診断書作成を行う担当医

役職	診療科	担当医名	備考 (常勤・非常勤)

※添付書類

(1) 及び (5) の施設

- ① 日本肝臓学会認定施設又は関連施設の指定通知書の写し
- ② 日本肝臓学会肝臓専門医の認定通知書の写し
- ③ 保険医療機関指定通知書の写し

(2) 及び (6) の施設

- ① 日本消化器病学会認定施設又は関連施設の指定通知書の写し
- ② 日本肝臓学会肝臓専門医の認定通知書の写し
- ③ 保険医療機関指定通知書の写し

(3) の施設

- ① 過去2年間の肝炎インターフェロン治療の導入実績を示す書類
- ② 日本肝臓学会肝臓専門医の認定通知書の写し
- ③ 保険医療機関指定通知書の写し

※①～③に加え、必要な書類の提出を求める場合があります。

(4) の施設

- ① 保険医療機関指定通知書の写し

※必要に応じて、別に書類の提出を求める場合があります。

(7) の施設

- ① 保険医療機関指定通知書の写し
- ② 日本肝臓学会肝臓専門医の認定通知書の写し

※①②に加え、必要な書類の提出を求める場合があります。