

(別紙様式 1 - 2)

年 月 日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関辞退届

宮崎県知事 殿

開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)

\_\_\_\_\_

開設者の氏名 (法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名)

\_\_\_\_\_ 印

指定医療機関を辞退したので、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 機関名称
- 2 機関の所在地
- 3 辞退する理由