

(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