**「肝炎治療特別促進事業」及び「ウイルス性肝炎患者等**

**重症化予防推進事業」に係る指定医療機関辞退届**

　　　年　　月　　日

　（宛先）秋田県知事

　　　　　　医療機関所在地

　　　　　　医療機関名称

　　　　　　開設者氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　　年　　月　　日をもって次の指定医療機関を辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 肝炎治療費助成に係る診断書発行 |
| ○ | 肝炎治療費助成に係る治療 |
|  | 医療機関型肝炎ウイルス検査（県医師会委託） |
|  | 初回精密検査及び定期検査 |

　　　　※辞退する区分に「○」を記載してください。

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　）