年　　月　　日

（宛先）秋田県知事

開設者

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

|  |
| --- |
|  |

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 印 |

**「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」に係る医療機関の指定申請書**

　標記について、次のとおり申請します。

|  |
| --- |
|  |

医療機関名称

|  |
| --- |
|  |

　　　　　所在地

|  |
| --- |
|  |

電話番号

|  |
| --- |
|  |

医療機関ｺｰﾄﾞ

◎　申請事項（該当する番号をそれぞれ○で囲んでください。）

Ａ 肝炎治療費助成申請用診断書発行医療機関（　１　希望する　２　希望しない　）

|  |
| --- |
| ・インターフェロン　　　　（　１　発行する　　２　発行しない　）・核酸アナログ製剤　　　　（　１　発行する　　２　発行しない　）・インターフェロンフリー　（　１　発行する　　２　発行しない　） |

Ｂ 肝炎治療費助成対象治療医療機関　　 　（　１　希望する　２　希望しない　）

|  |
| --- |
| ・インターフェロン　　　　（　１　実施する　　２　実施しない　）・核酸アナログ製剤　　　　（　１　実施する　　２　実施しない　）・インターフェロンフリー　（　１　実施する　　２　実施しない　） |

Ｃ 陽性者フォローアップ検査実施医療機関 （　１　希望する　２　希望しない　）

Ｄ 検査未経験者向けｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ検査医療機関 （　１　希望する　２　希望しない　）

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日 |

◎　指定希望日

（注意事項）

* **インターフェロンフリー治療費助成用の診断書発行は、日本肝臓学会肝臓専門医又は県が指定する日本消化器病学会専門医のいずれかのみとなります**。
* 医療機関名称、所在地、電話番号及び申請事項につきましては、県ホームページ（美の国あきたネット）に公開します。なお、肝炎治療費助成申請用診断書の発行を行う医療機関については、県ホームページ上では「診断書発行医療機関」として一律に掲載します。
* 陽性者フォローアップ検査は、「秋田県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業実施要領」に基づき実施し、肝炎ウイルス検査陽性者に対する初回精密検査及び年度２回までの定期検査を対象とします。
* 検査未経験者向けスクリーニング検査は、「秋田県医療機関型肝炎ウイルス検査実施要領」に基づき実施します。本事業は、一般社団法人秋田県医師会に委託していますので、実施する場合は、必ず県医師会事務局に予め申し出てください。（連絡先：０１８－８３３－７４０１）
* 検査未経験者向けスクリーニング検査は、秋田市民を除く秋田県民が対象となります。秋田市民に対しての同検査については、秋田市保健所 健康管理課にお問い合わせください。（連絡先：０１８－８８３－１１８０）
* 指定希望日については、原則、申請日以降の日付としてください。
* 変更事項等が生じた場合、必ず秋田県 健康福祉部 保健・疾病対策課に申し出てください。（連絡先：０１８－８６０－１４２４）