**（　　変　更　・　辞　退　　）届　出　書**

令和　　　年　　　月　　　日

大　阪　府　知　事　　様

肝炎（ 専門 ・ 協力 ）医療機関に係る申出につき（ 変更 ・ 辞退 ）の届出をします。

所　在　地：

医療機関名：

開設者氏名：

電話番号：

（担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　）

１　（　変更 ・ 辞退　）年月日　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　辞退理由：

２　変更項目（変更のあった項目について変更前及び変更後の内容を記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 変　 更　 内　 容 |
| 変　 更　 前 | 変　 更　 後 |
| 医療機関名※ |  |  |
| 医療機関の郵便番号・所在地※ |  |  |
| 連絡先電話番号 |  |  |
| 連絡先FAX番号 |  |  |
| 管理者氏名 |  |  |
| 責任窓口医師の※診療科・職・医師名 |  |  |
| 責任窓口医師の電話番号※ |  |  |
| 責任窓口医師のFAX番号 |  |  |
| 責任窓口医師のE-mail |  |  |
| 主たる協力診療科名 |  |  |
| 肝疾患に関する専門知識を有する医師※（（一社）日本肝臓学会又は（一財）日本消化器学会の専門医等） | (1)指導医　　　人（うち常勤医師　　　人）〔学会名：　　　　　　　　　　　〕 | (1)指導医　　　人（うち常勤医師　　　人）〔学会名：　　　　　　　　　　　〕 |
| (2)専門医・認定医　　　人（うち常勤医師　　　人）〔学会名：　　　　　　　　　　　〕 | (2)専門医・認定医　　　人（うち常勤医師　　　人）〔学会名：　　　　　　　　　　　〕 |

　※については公表事項になります。また、（専門・協力）、（変更・辞退）それぞれいずれかを○で囲んでください。