

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指定申請書

大 阪 府 知 事 様

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）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、大阪府肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱の定めるところに従って、医療を担当します。

記

医 療 機 関	名 称	電話（ ）						
	種 類	病 院 ・ 診療所（有床）						
	所在地							
	医療機関コード							
開 設 年 月 日		年 月 日						
開 設 者	住所（※1）							
	氏名（※2）							
（次の項目を満たしている場合は、☒してください。） ☐ 大阪府肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱 6（1）①又は②のいずれかに該当する保険医療機関である。 ☐ 大阪府肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱 6（6）に定める役割を担うことができる。								

※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の職・氏名