

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
指定辞退届

山形県知事 殿

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)

印

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関の指定を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

辞 退 年 月 日	年 月 日
辞 退 理 由	