（様式４）

　　年　　月　　日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（愛知県肝がん・重度肝硬変患者医療

給付事業）指定医療機関辞退届出書

愛知県知事殿

名　　　称

代表者氏名　　　 　　　　　　　　　印

所在地

電話番号

　　年　　月　　日をもって、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（愛知県肝がん・重度肝硬変患者医療給付事業）における指定医療機関を辞退します。

１　医療機関の名称

２　医療機関の所在地

３　理由