**埼玉県様式９号**

**埼玉県肝炎治療特別促進事業指定医療機関指定申請書**

　　　年　　　月　　　日

（宛先）

埼 玉 県 知 事

医療機関開設者住所　　〒　　　　－

医療機関開設者氏名

埼玉県肝炎治療特別促進事業実施要綱第６の３に基づく指定を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関の種別  (該当するものに○) | | １　病院　　　　　　２　診療所  　　３　法人薬局　　　　４　個人薬局 | | | | | | | | | |
| 医　療　機　関 | 所在地及び  電話番号 | | 〒　　　－  　　　　　　　（　　　　） | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | |
| 開設年月日 | 年 月　 日 | | 医療機関 コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定の開始日  （ 希　　　望 ） | | 年　　　月　　　日　から | | | | | | | | | |