

(別記第1号様式)

東京都肝臓専門医療機関指定申請書

医療機関名	
医療機関所在地	(住所) 〒 (電話番号)
病床数	床

※肝臓専門医の記載欄不足の場合は別紙に添付

在職する肝臓専門医	
(氏名)	(認定番号)
(診療科目)	(認定期間) 年 月～ 年 月
(氏名)	(認定番号)
(診療科目)	(認定期間) 年 月～ 年 月
(氏名)	(認定番号)
(診療科目)	(認定期間) 年 月～ 年 月

東京都肝臓専門医療機関指定要領第3(1)の規定により、上記のとおり申請します。

年 月 日

管理者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

東京都知事殿

申請に関する問合せ先	
(担当者名)	(電話番号)
	(メールアドレス)

※2枚以上の場合、ご記入ください。

枚中 枚目