

(別記第4号様式)

東京都肝臓専門医療機関指定取消申請書

東京都肝臓専門医療機関指定要領第3(5)の規定により東京都肝臓専門医療機関の指定の取消しを申請します。

| | |
|---------------|------------------|
| 医療機関名 | |
| 医療機関所在地 | (住所) 〒 (電話番号) |
| 肝臓専門医療機関指定コード | |
| 理由 | |

添付書類：東京都肝臓専門医療機関指定通知書

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) |