

群馬県肝炎治療費等助成事業治療医療機関

登録申請書

平成 年 月 日

群馬県健康福祉部  
保健予防課長 あて

申請者（開設者）  
住所（所在地）  
代表者 印

群馬県肝炎治療費等助成事業治療医療機関登録要領に基づき当該医療機関の登録について、申請します。

なお、登録の上は、群馬県肝炎治療費等助成事業実施要綱に則りウイルス性肝炎患者の治療を担当します。

医療機関	所在地	〒
	名称	
	種類	病院 ・ 診療所 ・ 薬局
	医療機関コード	
	電話/FAX	/
開設者	住所(※1)	〒
	氏名(※2)	
	電話/FAX	/
公表に係る確認		希望する ・ 希望しない

(※1)：開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地

(※2)：開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名