

群馬県肝炎治療費等助成事業治療医療機関  
登録辞退届

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を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

医療機関	所在地	〒
	名称	
	電話/FAX	/
開設者	住所(※1)	〒
	氏名(※2)	
	電話/FAX	/

(※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