

## 医療機関等追加届

平成 年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者) 住 所  
氏 名 印  
続 柄  
電話番号 (        )        -

次のとおり、肝炎治療特別促進事業に係る医療機関・保険薬局の追加を届け出ます。

ふりがな 受給者氏名		性別	
住 所			
受給者番号			
病 名			
受診保険医 療機関又は 保険薬局	所 在 地		
	名 称		
	電話番号	(        )	-
受療開始日	平成 年 月 日		

(注意事項)

- ・保健所窓口で追加医療機関等を加筆修正・押印の後、コピーをとらせていただきます。
- ・なお、郵送で提出される場合で受付の連絡が必要な場合は、下記のいずれかの連絡手段にチェックをして下さい。

上記記載の電話番号への電話による連絡

上記記載の住所への文書による連絡

