

(様式第4号)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業
指定医療機関辞退届

平成 年 月 日

岡山県知事 殿

医療機関名称

開設者氏名

所在地

印

指定医療機関を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

記

1 機関名称

2 機関の所在地

3 辞退する理由