（様式１０）

**肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関変更届出書**

　　香 川 県 知 事　殿

　　　　　　　　　　　　　　 　（開設者）

　　　　　　　　　　　　　　　 　住所（〒　　　　 　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　 　氏名

（法人の場合は所在地、名称、代表者職・氏名）

　香川県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱第６条第２項に規定する申請内容に変更が生じたため、同条第６項の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 |
| 変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載してください。 | 医療機関 | 名　称 | □ |  |
| 所在地 | □ | （〒　　　　　　　　） |
| 開設者 | 住所（※１） | □ | （〒　　　　　　　　） |
| 氏名（※２） | □ |  |
| その他の事項 | | □ |  |

※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