

(表面)

(別紙様式4)

年 月 日

熊本県知事 様

医療機関の所在地等 郵便番号
所在地
電話番号 _____

医療機関の名称

医療機関の開設者

住所(法人の場合は、法人の住所)

氏名(法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名)

熊本県肝炎公費負担医療指定医療機関指定申請書

熊本県肝炎治療特別促進事業実施要綱第9の1の規定に基づく医療機関として指定を受けたいので申請します。

【指定申請の対象】

指定希望業務について、貴医療機関が該当するものにチェックを入れてください。

肝炎インターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療に係る指定医療機関業務

日本肝臓学会の認定施設又は関連施設(1)

日本消化器病学会の認定施設又は関連施設であり、かつ、日本肝臓学会の専門医が常勤する施設(2)

上記以外の医療機関(3)

核酸アナログ製剤治療に係る指定医療機関業務

熊本県肝疾患診療連携ネットワークにおける拠点病院又は専門医療機関(4)

日本肝臓学会の認定施設又は関連施設(5)

日本消化器病学会の認定施設又は関連施設であり、かつ、日本肝臓学会の専門医が常勤する施設(6)

上記以外の医療機関(7)

(裏面に続く)

(裏面)

診断書作成を行う担当医

役職	診療科	担当医名	備考 (常勤・非常勤)

添付書類

(1)及び(5)の施設

日本肝臓学会認定施設又は関連施設の指定通知書の写し
保険医療機関指定通知書の写し

(2)及び(6)の施設

日本消化器病学会認定施設又は関連施設の指定通知書の写し
日本肝臓学会専門医の認定通知書の写し
保険医療機関指定通知書の写し

(3)の施設

過去2年間の肝炎インターフェロン治療の導入実績を示す書類
保険医療機関指定通知書の写し
に加え、必要な書類の提出を求める場合があります。

(4)の施設

保険医療機関指定通知書の写し
必要に応じて、別に書類の提出を求める場合があります。

(7)の施設

保険医療機関指定通知書の写し
に加え、必要な書類の提出を求める場合があります。