年　　　月　　　日

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

沖縄県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

　指定医療機関を辞退したいので、下記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

４　辞退年月日