

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書

埼玉県知事

開設者 住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。  
 なお、指定の上は、埼玉県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）の定めるところに従って、医療を担当します。

記

医療機関	名称	電話（ ）					
	種類	病院 ・ 診療所（有床・無床）					
	所在地						
	医療機関コード						
開設年月日		年 月 日					
開設者	住所						
	氏名						
指定申請区分	①入院及び外来	<input type="checkbox"/> 実施要綱 5（1）①に該当する施設である。					
	②外来のみ	<input type="checkbox"/> 実施要綱 5（1）②に該当する施設である。					
指定医療機関の役割 ① 対象となると推定される患者がいる場合、本事業についての説明を行うこと。 ② 患者から依頼があった場合には、申請や償還払等の手続に必要な書類の作成・交付を行うこと。 ③（入院等指定医療機関のみ）患者から参加者証が提示され、本事業の対象となる実施要綱 3（8）①の医療が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。 ④ その他本事業に必要な対応について埼玉県及び他の保険医療機関や保険薬局と連携・協力すること。							
担当者所属・氏名						メール アドレス	