

第4号様式（第5条関係）

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

年 月 日

神奈川県知事 様

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）  
\_\_\_\_\_

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関を辞退したいので、次のとおり届け  
出ます。

1 辞退理由

2 辞退年月日 年 月 日