

番 号  
年 月 日

茨城県知事 殿  
(保健医療部健康推進課扱い)

医療機関所在地  
医療機関名  
代表者名  
電話

肝疾患専門医療機関登録抹消届

下記のとおり、登録抹消の届出をします。

記

登録年月日	年 月 日
廃止又は登録抹消 希望の理由	
廃止又は登録抹消 希望の年月日	年 月 日
備 考	