様式第１２号（第１１関係）

肝炎治療指定医療機関等変更・追加申請書

年　　月　　日

　広　島　県　知　事　様

　次のとおり指定医療機関・薬局を、変更（追加）したいので、承認してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 受給者番号 |
| 氏　　名 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒　　　　－電話番号（　　　　）　　　 　-　　　　　　　　□本人・□関係者　　　　　　　※日中連絡の取れる電話番号を記入のこと。関係者の番号を記入する場合は申請者との関係性を明記すること。 |
| 削　除 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 追　加 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |

※ 肝炎治療受給者証の原本を提出のこと。