

様式 12

ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業協定解除届

平成 年 月 日

北海道知事 様

届出者 住 所  
(開設者) 氏 名

印

ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療給付事業協定を解除したいので届出します。

記

医療機関の名称	
医療機関等の所在地	〒  電話 - -
保険医療機関コード	
協定締結年月日	
解除年月日	
解除の理由	