（様式第９）

長崎県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関名簿
＜〇〇年〇〇月報告版＞

都道府県名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

種類（※1）	指定日		名称	電話番号	医療機関コード	所在地	備考
	※2	※3					

※1　種類については、病院または診療所の別を記入すること。

※2　実施要綱９（１）に規定する指定のあった日を記入すること。（指定のあった日の属する月から、医療費の公費負担が可能）