

青 森 県 知 事 殿

住 所
 (法人にあっては、主
 たる事務所の所在地)
 氏 名
 (法人にあっては、名
 称及び代表者の氏名)
 電 話

申 出 書

下記のとおり、青森県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づく「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」の作成を行うことを申し出ます。

記

1 医療機関名・住所

2 診断書の作成について

項目	実施 (実施するものに、○を記載)
B型核酸アナログ製剤治療新規申請に係る診断書作成 (診断書作成に係る医師の基準特になし)	
B型核酸アナログ製剤治療更新申請に係る診断書作成 (診断書作成に係る医師の基準特になし)	
B型又はC型肝炎 IFN 治療に係る診断書作成 (診断書作成に係る医師の基準特になし)	
C型肝炎 IFN フリー治療に係る診断書作成 (診断書作成に係る医師の基準：日本肝臓学会専門医又は日本消化器病学会専門医。ただし、他県の規定により認められた医師は可能) ※	

※日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医を証する書類の写し（有効期限のわかるもの）又は、他県の規定により診断書作成が認められたことが分かる書類の写しの提出を併せてお願いします。

3 契約開始希望日

_____年 月 日