別紙様式第８号

年　　月　　日

ウイルス性肝炎による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業
指定医療機関指定申請書

島根県知事　　様

開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

〒

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

印

ウイルス性肝炎による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、島根県ウイルス性肝炎による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱及び実務上の取扱いの定めるところに従って、医療を担当します。

記

医療機関	名　称	電話（　　）
	種　類	病　院　・　診療所（有床・無床）
	所在地	
	医療機関コード	
開設年月日		年　　月　　日
開設者	住所（※1）	
	氏名（※2）	
指定申請区分	①入院及び外来	□　実施要綱５（１）①に該当する施設である。
	②外来のみ	□　実施要綱５（１）②に該当する施設である。
指定医療機関の役割		①　肝がん・重度肝硬変患者がいる場合、本事業についての説明及び別紙様式例６－１による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の交付を行うこと。 ②　別紙様式例６－１による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の記載を行うこと。 ③　肝がん・重度肝硬変患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療又は肝がん外来医療に従事している医師に臨床調査個人票等を作成させ、交付すること。 ④　当該月以前の２４月以内に実施要綱３（６）の①から③までに掲げる医療を受けた月数が既に１月以上ある場合のものとして、本事業の対象となる高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。 ⑤　その他、助成の対象になり得る患者に対し本事業に関する周知を行うなど、指定医療機関として本事業に必要な対応を行うこと。

※1）開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地　※2）開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名