様式第１３号

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証返還届

参加者	氏　　名		性　　別	
	生 年 月 日	年　　月　　日	公費負担医療の受給者番号	
	住　　所	〒		

返還する理由（当該理由に○を付けてください。）

治　癒　・　死　亡　・　階層区分の変更　・　その他（　　）

発生日　　年　　月　　日

上記の理由により、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証を返還します。

年　　月　　日

申請者　住所　　電話（　　）　　－

氏名　　印

（代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印）

滋　賀　県　知　事　　様

（注）肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証を添付してください。

保健所受付印