

(様式 1)

年 月 日

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

佐賀県知事 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）

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、国の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱い並びに佐賀県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領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
指定 申請 区分	入院及び 外来	(県実施要領第 6 (1) 該当) 肝がん・重度肝硬変入院医療及び肝がん 外来医療を適切に行うことができ、かつ、本事業の実施に協力する(下 記「指定医療機関の役割」参照) ことができる保険医療機関である。
	外来のみ	(県実施要領第 6 (2) 該当) 肝がん外来医療を適切に行うことが でき、かつ、本事業の実施に協力する(下記「指定医療機関の役割」参 照) ことができる保険医療機関である。
(指定医療機関の役割) 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様式 4 - 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。 様式 4 - 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。 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。 (指定申請区分が「 入院及び外来」の医療機関) 当該月以前の 1 2 月以内に県実施要領第 4 の (1) から (3) までに掲げる医療を受けた月数が既に 2 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。 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。		