

(様式第2号)

肝疾患（専門・協力）医療機関指定申請書

宮崎県知事 殿

年 月 日

印

(医療機関名)

宮崎県肝疾患ネットワーク設置要領に基づく肝疾患（専門・協力）医療機関として指定を受けたいので、申請します。

なお、宮崎県肝疾患診療ネットワーク実施要領（平成21年7月13日宮崎県福祉保健部健康増進課長定め）に基づき、医療機関名、住所、電話番号、医師名（インターフェロンフリー治療診断書作成医）を記載した一覧を県ホームページに公表することについて同意します。

1 インターフェロン又はインターフェロンフリー治療実績のある医師

	氏名	○を記入	○を記入	医師名公開
1		常勤・非常勤	導入・維持療法	可・否
2		常勤・非常勤	導入・維持療法	可・否
3		常勤・非常勤	導入・維持療法	可・否

※肝炎治療費助成事業に係るインターフェロンフリー治療診断書作成医はインターフェロン又はインターフェロンフリー治療実績のある医師で医師名を公開した場合に限ります。

2 CT・MRI・肝生検の可否又は連携による検査実施の可否及び連携先

CT	可・否	連携の場合連携医療機関名()
MRI	可・否	連携の場合連携医療機関名()
肝生検	可・否	連携の場合連携医療機関名()

※複数の医療機関がある場合は、1か所のみ記入。

3 腹部超音波検査の可否 可・否

4 肝がん診断の有無 有・無