

**肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業  
参加者証承認事項変更申請書**

公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								/
変更事項	1. 住所    2. 氏名    3. 加入医療保険    4. その他 (該当する番号に○をつけ、以下に該当項目のみを記載してください。)							
項目	変 更 前				変 更 後			
住 所								
ふ り が な 氏 名								
加入医療保険								
そ の 他								

年 月 日付で上記のとおり変更がありましたので、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の承認事項の変更を申請します。

申請者氏名

(代理人の場合は代理人の氏名を記載)

年 月 日

山形県知事 殿