

山形県知事

殿

住所・所在地：  
氏名・法人名：  
医療機関名称：  
記載責任者：  
連絡先電話番号：

### 肝炎専門医療機関指定申請書

山形県肝炎治療特別促進事業実施要綱第7に定める肝炎専門医療機関の指定を受けた  
いので、下記により申請します。

#### 記

1 専門的な知識を持つ医師の勤務状況について

- ① 肝臓専門医 常勤 名 非常勤 名  
② 消化器病専門医 常勤 名 非常勤 名  
③ その他 ( ) 名

2 過去の肝炎治療症例数について

- ① 核酸アナログ製剤治療 約 件  
② インターフェロン治療 約 件

3 「肝疾患診療連携体制に関するガイドライン」における以下のことを行う  
ことが可能である。(該当する欄に○印を付ける)

① 専門的な知識を持つ医師による診断（活動度及び病期を含む）と治療方針の決定が可能である。	
② インターフェロンなど抗ウイルス療法が可能である。	
③ 肝がんの高危険群の同定と早期診断が可能である。	

	認定審査欄(※)			
	適	否	適	否

※印の欄には、記入しないでください。