

(様式第9号)

肝炎治療受給者転帰報告書

年 月 日

愛媛県知事 様

医療機関 所在地

名 称

代表者

年度に承認されました下記の患者について、転帰事由が生じたので、報告します。

記

受給者番号	患者氏名	疾患名	転帰事由				転帰年月日
			治癒	中止	死亡	その他	

注意事項

- 1 転帰事由の該当する項目に○を付けてください
- 2 事由の「その他」は、他法適用、県外転出等が把握できた場合に記入してください。