

## 遷延性意識障がい者治療研究事業資格そう失届

保健福祉事務所長・保健所長

医療機関  
所在地  
名称  
代表者氏名  
印

下記のとおり、遷延性意識障がい者治療研究事業の資格そう失を届け出ます

患者氏名	
承認番号	
資格そう失 年月日	平成 年 月 日
事由	死亡 ・ 治ゆ ・ 他法移管 ・ その他（転院等）

※資格そう失年月日：事由発生の翌日