

肝炎治療特別促進事業対象患者不承認通知書

年 月 日

申請者 様

福島県知事

年 月 日付けで申請のありました肝炎治療受給者証交付申請は、次により不承認とします。

申請者	氏名	
	住所	
診断書作成 医療機関名		
不承認の 理由		