

＜有効期間延長申請に係る証明書＞

(担当医記載欄)

申請者（ _____ : フリガナ _____ ）について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える（計2か月までの延長）可能性があるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断する。

※申請者が受けている治療がテラプレビルを含む3剤併用療法（24週）の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っていることが必要です。

- 治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤し、日本皮膚科学会認定専門医主研修施設又は研修施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 _____

その所在地 〒 —

担当医師名 _____ 印

※なお、副作用等の要因について、担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。