様式第３号

奈良県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業

指定医療機関　変更・辞退届出書

年　　月　　日

奈良県知事　様

　　　　　　　　　　　　　開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　開設者の氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

□変更があったので

□辞退したいので

次のとおり　　　　　　　　　　　　　届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出区分 | * 変更
 | 変更事項（該当する番号に○）１　医療機関の名称　　２　所在地　　３　電話番号４　メールアドレス　　５　医療機関コード６　その他（　　　　　　　　　　　　）変更前変更後 |
| * 辞退
 | 辞退理由 |
| 備考 |  |

　※ □には，当てはまる方にチェックを入れてください。