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）

次のとおり ｛ □変更があったので / □辞退したいので ｝ 届け出ます。

<table>
<tr><td rowspan="2">届出区分</td><td>□　変更</td><td>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
（　　）</td></tr>
<tr><td>□　辞退</td><td>辞退理由
（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td></td></tr>
</table>

※ □には，当てはまる方にチェックを入れてください。