

様式第6号

奈良県小児・AYA世代のがん患者等の妊娠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。

届出区分	<input type="checkbox"/> 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 〔 〕
<input type="checkbox"/> 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。