様式第４－２号

年　　　月　　　日

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・辞退申請書

　　鳥取県知事　　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）

　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における指定内容を

（ 変更 ・ 辞退 ）したいので申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名　称 | 電話（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | |
| 医療機関コード |  |  |  |  | |  |  |  |
| （変更・辞退）の  年　月　日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| （変更・辞退）の  理　由 | |  | | | | | | | |
| 変更する事項 | |  | | | | | | | |
| 変更内容 | | （変更前） | | | | （変更後） | | | |

※１）開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地

※２）開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名