様式第６－５号

年　　　月　　　日

秋田県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業

指定医療機関辞退届

秋田県知事　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　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）

　秋田県小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊よう性温存療法費用等助成事業における指定医療機関の指定を辞退したいので、届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名　称 | 電話（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 開 設 年 月 日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 開設者 | 住所（※１） |  | | | | | | |
| 氏名（※２） |  | | | | | | |
| 指定区分 | | 妊よう性温存療法　・　温存後生殖補助医療 | | | | | | |
| 辞退理由 | | | | | | | | |
| 辞退年月日  年　　月　　日をもって指定医療機関の指定を辞退します。 | | | | | | | | |

※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