様式第６－２号

健　　　　－

　年　　月　　日

　（指定医療機関の開設者）　様

秋田県知事

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

指定医療機関指定通知書

　　　　年　　月　　日付けで申請のあった指定医療機関の指定について、次のとおり指定することを決定したので通知します。

１　指定医療機関

　　名　　　称：

　　所　在　地：

　　開設者住所：

　　開設者氏名：

２　指定年月日

　　　　　年　　月　　日

３　指定区分

　　妊よう性温存療法／温存後生殖補助医療

４　その他

・　指定申請書の申請内容に変更が生じた際は、指定申請事項変更届（様式第６－４号）を提出してください。

・　指定を辞退する際は、指定医療機関辞退届（様式第６－５号）を提出してください。