

大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関変更事項届出書

年 月 日

大阪府知事様

指定医療機関の名称
指定医療機関の所在地
開設者の氏名又は名称

大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱第6条第4項の規定に基づき、従来の申請内容に変更があったので、下記のとおり届出します。

記

変更事項	変更前	変更後	変更年月日

地域保健課使用欄 ※記入しないでください。

申請受付年月日	指定申請書照合欄	指定基準不適合事項	改善指示欄	指定取消通知欄
		あり なし		

この様式は、従来の申請内容に変更があった場合に、直接大阪府健康医療部保健医療室地域保健課に提出してください。連絡先
電話 06-6941-0351 内線 2545 (母子グループ)