

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指定辞退届出書

年 月 日

大阪府知事 様

医療機関の名称
医療機関の住所
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7条の規定により、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の指定を辞退したいので下記のとおり届け出ます。

記

1 指定辞退理由

2 辞退しようとする時期

_____年 月 日