

第4号様式（第6条関係）

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業指定医療機関辞退届

年 月 日

神奈川県知事 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）

妊孕性温存治療指定医療機関

指定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

温存後生殖補助医療指定医療機関

指定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業指定医療機関を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

1 辞退理由

2 辞退年月日 年 月 日