

様式第1号の2

肝炎治療受給者証に係る取下申出書

年 月 日

神奈川県知事 殿

申請者住所

申請者氏名

年 月 日付けで申請しました肝炎治療受給者証に係る申請を
次の理由により取り下げます。

患 者 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
(取下げの理由)	