様式第５－３号

令和　年　月　日

福岡県知事　殿

医療法人　〇〇クリニック

院長　〇〇　〇〇

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業

指定医療機関辞退届

福岡県小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費助成事業実施要綱第１０条第３項の規定により、下記のとおり指定医療機関の辞退を申し出ます。

記

１ 医療機関の名称及び所在地

(１) 名称

　医療法人　○○○○クリニック

(２) 所在地

　〒〇〇〇‐〇〇〇〇

　福岡県〇〇市〇〇〇〇〇〇〇〇〇

　２ 辞退の内容

　　・妊孕性温存療法に関する県指定施設

　　・温存後生殖補助医療に関する県指定指定施設

　３ 辞退理由

　　例、〇〇の指定要件を欠いたことにより、継続できなくなったため