

様式第2-2号

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業指定医療機関変更届

年 月 日

長野県知事 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)

<input type="checkbox"/> 妊孕性温存療法実施医療機関 指定年月日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 温存後生殖補助医療実施医療機関 指定年月日 年 月 日

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業指定医療機関の申請内容に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。

1 変更内容

変 更 後	変 更 前

2 変更年月日 年 月 日