（様式８）

滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関辞退届

　　　　年　　　月　　　日

　（あて先）滋賀県知事

申請者

医療機関名

代表者名 印

　　年　月　日付滋健医第　号により指定を受けた、滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施医療機関を下記の理由で辞退したいので、滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業実施要綱第１１条の規定により届け出ます。

記

１　辞退年月日　　　　　　年　　月　　日

２　辞退理由