(様式７)

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申請事項変更届

　　　　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要綱第１１条の規定する申請事項に変更があるので、下記の通り提出します。

記

１　変更内容

　変更前

　変更後

２　変更年月日

３　変更理由