（様式３）

　　年　　月　　日

高知県知事　様

所在地

機関名

　　　　代表者職・氏名

「ヘルスケアイノベーションプロジェクトパートナーシップ制度」への登録解除依頼書

「ヘルスケアイノベーションプロジェクトパートナーシップ制度」のパートナー機関としての登録を解除したいので、同実施要領第４条第１項第２号の規定により登録解除依頼書を提出します。

＜連絡先＞

担当者名

電話番号

Fax

E-mail