

第4-2号様式（第10条関係）

高知県指令 高第 号

様

高知県妊よう性温存治療費補助金交付要綱（高知県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業）第10条第3項の規定により、妊よう性温存治療を実施する医療機関として次のとおり指定します。

年 月 日

高知県知事

指定医療機関の種類	妊よう性温存治療指定医療機関
	温存後生殖補助医療指定医療機関
指定する医療機関の名称	
指定する医療機関の所在地	
指定年月日	

- 備考 1 申請内容に変更が生じた場合は、高知県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業指定医療機関指定変更届（別記第5-1号様式）を提出してください。
- 2 指定を辞退する事由が生じた場合は、高知県小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業指定医療機関指定辞退届（別記第6-1号様式）を提出してください。