

第1号様式の2

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業医療機関指定辞退申出書

年 月 日

京都府知事 様

開設者（※法人の場合は所在地、名称、代表者名）

住 所 〒

氏 名

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱に定める指定医療機関を辞退したく  
申し出ます。

記

病院、診療所、薬局又は 訪問看護ステーションの 所在地	〒  Tel (      )      —
病院、診療所、薬局又は 訪問看護ステーションの 名称	
病院、診療所、薬局又は 訪問看護ステーションの コード	
辞 退 の 理 由	
辞 退 年 月 日	