

様式第3号

年 月 日

大阪府知事 様

(申請者)

郵便番号

住所

ふりがな

名前

電話番号

印

小児がん患者重粒子線治療助成事業利用申請取下書

年 月 日付け 第 号により認定を受けた小児がん患者重粒子線治療助成事業利用認定について取り下げます。

1 対象患者

ふりがな	
名前	

2 取下げ理由

--