様式第４号（第９条関係）

市町村在宅医療連携体制支援事業専門家派遣変更（中止）申請書

第　　　号

平成　　年　　月　　日

　岩手県知事　様

　　　年　　月　　日付けで専門家の派遣決定通知を受けましたが、次のとおり変更（中止）したいので、市町村在宅医療連携体制支援事業実施要綱第９条の規定により、下記のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者名 |  |
| 所在地 | 郵便番号 |
| 担当部署 | 所属 |  | 担当者名 |  |
| 電話 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メール |  |
| 変更または中止とその理由 | □　変更　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　中止　（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更の概要 | 項目 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |