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 | |
|  | |  | |  | |