

取 下 書

令和 年 月 日
第 号

千葉県 障害者相談センター所長 様

長

令和 年 月 日付けで判定依頼した下記の者に対する判定依頼を取下げます。
記

ふりがな 氏 名		大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
取 下 事 項	自立支援医療 じん臓・免疫・その他 ()	