（参考様式２）

令和　　年　　月　　日

一般社団法人秋田県医師会長　様

医療機関所在地

医 療 機 関 名

開　設　者　名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**辞 退 届**

秋田県が実施する「風しん抗体検査事業」の協力医療機関を辞退します。

　辞退年月日　　令和　　　年　　　月　　　日

辞退者名

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関所在地 | 〒　　　－ |
| 医療機関名 |  |
| 開設者名 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 担当者所属・氏名 |  |