

(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	〒 ー
医療機関名	
開設者名	
代表者職・氏名	

連絡先

電話番号	
F A X 番号	
担当者所属・氏名	