

辞 退 届

令和 年 月 日

一般社団法人高知県医師会長 様

医療機関所在地

電話番号

医療機関名

開設者名又は管理者名

印

令和 年 月 日付で委任しました広域化予防接種の受託医療機関を辞退したいので、高知県広域化予防接種委託契約書第3条第2項の規定によりお届けします。