

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

医療機関名

開設者または管理者

令和 年 月 日付で委任しました風しん抗体検査事業の受託医療機関を辞退いたしますので、**風しん抗体検査委託契約書第3条第2項の規定**により届け出ます。