

(様式8)

辞 退 届

令和 年 月 日

公益社団法人愛知県医師会会長 様

医療機関名
所在地
電 話
メー ル
医療機関の長
又は管理者名

愛知県広域予防接種事業について、下記の理由により辞退します。

記