辞　　　退　　　届

令和　　年　　月　　日

高知県知事　濵田　省司　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。