

# 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

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。