

別紙様式 4

和歌山県風しん抗体検査事業協力辞退届

年 月 日

和歌山県知事様

申出者住所（法人は事務所所在地）

申出者氏名（法人は名称及び代表者氏名）
印

和歌山県風しん抗体検査協力医療機関を辞退したいので、届け出ます

【医療機関の概要】

医療機関名		
医療機関の所在地	(〒 -)	
連絡先	TEL :	FAX :
管理者氏名		
担当者部署・氏名		