

広域予防接種協力医療機関辞退届

年 月 日

一般社団法人 和歌山県医師会長 様

所在地（法人は事務所所在地）

代表者名（法人は名称及び代表者氏名）

法人名： _____ 代表者氏名： _____ 印

広域予防接種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	
所在地	(〒 -)
連絡先	TEL: FAX:
管理者氏名	