

(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