別紙５

**辞　　　退　　　届**

令和　　年　　月　　日

栃木県医師会長　様

　栃木県内定期予防接種の相互乗り入れ事業について、次のとおり辞退いたします。

　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

（該当するものに○・記入）

　令和　　　年　　　月　　　日をもって

　　１．医療機関として辞退する（登録医師すべて）

　　２．現在名簿に掲載されている次の医師が辞退する

※この辞退届の内容は、翌月以降、接種協力医師・協力医療機関名簿の掲載内容に反映されます。