

## 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 \_\_\_\_\_  
F A X 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。