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、

　令和　　年　　月　　日をもって辞退いたします。

　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

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