

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

F A X 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。