(様式4)

島根県定期予防接種広域化事業辞退届

令和 年 月 日

一般社団法人 島根県医師会長 様

医療機関名

所在地

電話番号

開設者又は管理者名

島根県定期予防接種広域化事業に係る契約について、辞退いたします。

○辞退年月日