（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