

辞 退 届

令和 年 月 日

千葉県医師会長 様

私はこの度、千葉県風しん抗体検査委託事業にかかる、実施医療機関
を辞退いたします。

医療機関名

印

管理者氏名

印

ご住所

電話番号

FAX 番号