

(様式5-2)

辞 退 届

平成 年 月 日

岐阜県健康福祉部保健医療課長 様

医療機関名

所在地

電 話

医師名又は

管理者名

印

定期の予防接種に係る岐阜県広域化予防接種事業に係る協力について、下記理由により
辞退します。

辞退理由

辞退年月日