（別紙様式８）（５の（２）の③関係）

**辞　退　届**

　　年　　月　　日

公益社団法人青森県医師会長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所　在　地 |  |
| 連　絡　先 | (電話)  (FAX) |
| 医療機関名 |  |
| 代表者名 | ㊞ |

　当医療機関は、　　　　年　　月　　日付けで、青森県内広域予防接種の実施に関する協力を辞退します。