

(様式 5 - 2)

辞 退 届

令和 年 月 日

岐阜県健康福祉部感染症対策推進課長 様

医療機関名

所 在 地

電 話

医師名又は

管 理 者 名

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