別紙様式４

和歌山県風しん抗体検査事業協力辞退届

　　年　　月　　日

　和 歌 山 県 知 事　　様

　　申出者住所（法人は事務所所在地）

　　申出者氏名（法人は名称及び代表者氏名）

印

　和歌山県風しん抗体検査協力医療機関を辞退したいので、届け出ます

【医療機関の概要】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | |
| 医療機関の所在地 | （〒　　－　　　） | |
| 連絡先 | TEL： | FAX： |
| 管理者氏名 |  | |
| 担当者部署・氏名 |  | |

