送信先ファクシミ番号　**0857-29-1578**

（この辞退届は鳥取県医師会にご提出ください。）

（別紙５）

辞　退　届

　　年　　月　　日

公益社団法人鳥取県医師会長　様

 医療機関名

 所在地

 電話

 医療機関の長又は管理者名

　定期予防接種の広域化事業に係る契約について、下記の理由により辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退理由 |  |
| 辞退年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |