

# 3歳児健康診査業務委託契約に係る辞退届

平成 年 月 日

浜松市医師会長 様

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

当院が受託しております3歳児健康診査業務について、辞退したいのでご連絡いたします。

医療機関名	
所在地	〒 _____
電話番号	
辞退年月日	年 月 日
辞退理由	