

(妊婦・乳児・3歳児精密) 健康診査業務

委託契約に係る辞退届

年 月 日

浜松市 医師会長 様

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ □

当院が受託しております標記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	