

国の風しんの追加的対策に関する
実施医療機関辞退申出書

年 月 日

横浜市医師会長 殿

医療機関名

代 表 者 名

印

風しんの追加的対策の実施医療機関を辞退することを申し出いたします。

医療機関 コード		医療機関名	
住所	〒	電話番号	

※本用紙は郡市医師会へ原本を郵送ください。なお必ず複写を取り医療機関にて申請日より5年間保管してください。