（別紙様式４－３）（第７の１（２）関係）

**岩手県広域的予防接種辞退届**

　　年　　月　　日

一般社団法人岩手県医師会長　殿

所在地

連絡先（電話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （FAX）

医療機関名

代表者の職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　当医療機関は、岩手県広域的予防接種事業の実施に関する協力について、辞退します。