

(様式4)

年 月 日

福井県肝炎医療コーディネーター辞退届

福井県知事 杉本達治様

所在地
所属機関名
氏名

福井県肝炎医療コーディネーターの認定を辞退したいので、福井県肝炎医療コーディネーターの養成および活用に関する要綱第5条第4項(3)の規定により届け出ます。

認定年月日	年 月 日
認定番号	健第 ー 号
辞退理由	
添付書類	<input type="checkbox"/> 認定証