

委任状取り下げ申出書

令和 年 月 日

一般社団法人埼玉県医師会長 様

所 在 地

医療機関名

施 設 長 名

電 話 番 号

当該医療機関が貴会に提出した埼玉県住所地外高齢者インフルエンザ定期予防接種相互乗り入れにかかる委任状を取り下げていただきますようお願い申し上げます。

* 埼玉県医師会 *

※都市医師会精査欄 医師会名 _____

(レ点入力)