

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

医療機関名

所 在 地

電話番号

施設長 名

印

当該医療機関が貴会に提出した住所地外定期医予防接種（インフルエンザを除く）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)