

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

当該医療機関が貴会に提出した住所地外定期予防接種（相互乗り入れ）に係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

※郡市医師会精査欄

医師会名 _____

(1点)