

(様式第 10 号)

辞 退 届

徳島県知事 殿

氏 名：

電話番号：

メー ル：

徳島県肝炎医療コーディネーターを辞退したいので、次のとおり届け出ます。

届出年月日 年 月 日

辞退者氏名	
認定証番号	
所属機関	
辞退の理由	

※認定証，認定バッジを返却すること。