

様式第6号(用紙 日本産業規格A4縦型)

静岡県肝炎医療コーディネーター名簿の登録に係る辞退書

年 月 日

静岡県知事 様

所属機関  
氏 名  
認定証書番号

静岡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実施要領第6第5項に基づき、下記により静岡県肝炎医療コーディネーターとしての登録を辞退します。

記

1 登録の抹消を希望する日

年 月 日

2 辞退理由