

大阪市骨粗しょう症検診 要精検者受入協力医療機関辞退届

大阪市健康局健康推進部健康づくり課長 宛

協力医療機関を辞退します。

令和 年 月 日

医療機関名	医療機関コード			<input type="text"/>						
所在地	(〒 -)									
電話番号				FAX番号						
代表者名	(印)									
医師会加入の有無	医師会加入あり			・	医師会加入なし					
辞退理由										

大阪市確認印