

予防接種実施医療機関取下げ届

令和 年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長 様

医療機関コード

名 称

所在地 〒 —

開設者又は

代表者氏名

印

予防接種実施確認書に基づき貴市予防接種委託医療機関として協力してまいりましたが、このたび下記の理由により取下げますのでお届けします。

記

1 理由

- ・ 閉院のため
- ・ その他 ()

2 取下げ日

令和 年 月 日