

(様式4)

年 月 日

長野県知事 様

氏 名 _____

長野県肝炎医療コーディネーター認定に係る辞退届

長野県肝炎医療コーディネーターを辞退したいので、「長野県肝炎医療コーディネーターの養成及び活用に関する要綱」第5条第6項第3号の規定に基づき届出ます。

記

認定年月日	年 月 日
認定番号	第 一 号
辞退理由	

(添付書類) 認定証