

令和 年 月 日

群馬県知事 様

住所
医療機関名
管理者名

H I V協力歯科医療機関登録辞退届

群馬県H I V感染者等歯科診療連携事業における協力歯科医療機関としての登録を、下記の理由により辞退します。

記

1 辞退理由