（様式第２号）

群馬県アレルギー疾患医療拠点・連携病院指定辞退届

　　　年　　　月　　　日

　群馬県知事

病院所在地

病院名称

代表者職名・氏名　　　　　　　　　　　（印）

群馬県アレルギー疾患医療連携病院の指定の辞退について

群馬県アレルギー疾患医療提供体制整備等実施要綱第８条の規定により、下記のとおり、群馬県アレルギー疾患医療拠点・連携病院の指定を辞退します。

記

１　辞退事項

２　辞退年月日　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（指定年月日　　　　　　年　　　月　　　日）

３　辞退の理由