

## 山口県アレルギー疾患医療認定制度認定辞退届

年 月 日

山口県知事 様

届出者 住 所

氏 名

(電話番号 )

次のとおり やまぐちアレルギードクター を辞退したいので、山口県アレルギー疾患医療認定制度認定制度実施要綱第8条第2項の規定により届け出ます。  
やまぐちアレルギーサポートスタッフ

ギ一疾患医療認定制度実施要綱第8条第2項の規定により届け出ます。

認 定 年 月 日	年 月 日
届 出 理 由 の 生 じ た 日	年 月 日
届 出 の 理 由	1 県外への異動 2 勤務先医療機関等の閉業 3 その他 ( )

注 「届出の理由」欄は、該当するものの番号を○で囲むこと。

※認定時に交付したプレートを合わせて返却すること