第３号様式（第８条関係）

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 　　　　　　　　）

やまぐちアレルギードクター

やまぐちアレルギーサポートスタッフ

 次のとおり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　を辞退したいので、山口県アレル

ギー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