　　　年　　月　　日

佐世保市長　　様

施術担当者

　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）

国民健康保険はり・きゆう施術担当者辞退届

みだしのことについて、下記のとおり辞退したいので、佐世保市国民健康保険はり・きゆう施術費の助成に関する規則第１２条の規定によりお届けします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施術担当者 | 指定番号 | 医指定第　　　　　　号 |
| 氏　　名 |  |
| 辞退する年月日 | |  |
| 辞退する理由 | |  |

以　上