（様式第３号）

令和　年　月　日

和歌山県知事　様

医療機関の名称：

医療機関の住所：

代表者名　　　：

和歌山県糖尿病性腎症重症化予防登録医制度

辞　退　届

下記のとおり、登録を辞退します。

記

１　登録を辞退する理由

２　登録辞退希望年月日　　令和　　年　　月　　日