様式第４号（第９条関係）

年　　　月　　　日

松浦市長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　施術担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　指定番号　　松浦市国保指定第　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり、松浦市国民健康保険はり、きゅう施術担当者を辞退したいので、お届けします。

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 辞退する理由 |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|