

様式第4号（第6条関係）

湖西市災害医療救護活動従事薬剤師等辞退届

年 月 日

（宛先）湖西市長

登録者 住所
氏名

湖西市災害医療救護活動従事薬剤師登録に際して登録を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

登録者 氏名		登録番号	
-----------	--	------	--