旧陸軍造兵廠忠海製造所従事者等に対する健康診断委託契約及び

 毒ガス障害者に対する医療に関する契約の辞退申出書

令和 年 月 日

　広 島 県 知 事 様

　　　　　　　　　　　　　　　開設者の住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

 毒ガス障害者に対する救済措置要綱第５項第２号の規定により，この契約を次の

理由によって辞退したいので，申し出ます。

１ 医療機関の名称及び所在地

 名 称

 所 在 地

２ 辞退しようとする年月日

 令和 年 月 日

３ 理 由

　※辞退しようとする日の１か月前までに提出してください。