特定健康診査・特定保健指導業務委託契約辞退届

令和　　年　　月　　日

群馬県医師会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　郡市医師会名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地：〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　番　号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長・施設長名：

私(群馬県医師会員）は、令和8年度特定健康診査・特定保健指導委託契約について、下記の該当したものを辞退いたしますので、契約を解除くださいますようお願い致します

（いずれかに○をご記入下さい。）

1. 市町村国保
2. 被用者保険

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上