（様式７）

**「女性が働きやすい医療機関」認証辞退届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

三重県知事　　　　　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職・氏名

所在地

電話番号

　三重県「女性が働きやすい医療機関」認証制度運営要領第８条第２項の規定により、認証を辞退いたしたいので、認証書を添えて下記のとおり届け出ます。

記

１　認証番号　　　　　　第　　　　　　号

２　認証年月日　　　　　年　　月　　日

３　辞退理由