

認 定 辞 退 届

被認定者	公害医療手帳の記号番号	3 2 3 -
	ふりがな 氏 名	

公害健康被害の補償等に関する法律による認定を辞退します。

なお、再申請ができないことについては了承します。

年 月 日

住 所 _____

届 出 者 氏 名 _____ (印)

電 話 _____

江戸川区長 殿