

宛先 桑名市総合医療センター地域医療センター【FAX 0594-22-2166】

登録医辞退届

地方独立行政法人桑名市総合医療センター
病院長 市川 毅彦 様

登録医番号

医療機関名

登録医師名

㊞

今般_____の理由により、

令和 年 月 日付をもって桑名市総合医療センター登録医を

辞退したいので届出いたします。

(桑名市総合医療センター記入欄)

辞退年月日	
管理番号	