

(第4号様式)

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 山田 典一 様

登録医番号

医療機関名

登録医師名

⑩

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	