

(様式第4号)

## 登録医辞退申請書・小児科連携医辞退届出書

年 月 日

大崎市民病院 院長 様

大崎市民病院登録医制度要綱, 大崎市民病院小児科連携医制度要綱の規定に基づき、下記のとおり申請します。

登録医番号	
ふりがな	
医療機関名	
所属医師会	
辞退区分	<input type="checkbox"/> 登録医 <input type="checkbox"/> 小児科連携医
医療機関住所	〒 -
電話番号	- -
FAX番号	- -
辞退理由	

\* FAX送信先 : 大崎市民病院 患者サポートセンター 地域医療連携室

\* FAX番号 : 0229-24-3005(連携室直通)

《大崎市民病院記載欄》

辞 退 日	年 月 日
受 理 者	