

(様式第4号)

大崎市民病院 登録医 ・ サポート医 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の規定に基づき、下記のとおり届出します。

登録医番号	
ふりがな	
医療機関名	
所属医師会	
辞退区分	☐ 登録医 ☐ 小児科連携医（こどもサポート医）
医療機関住所	〒 — —
電話番号	— —
F A X 番号	— —
辞退理由	☐ 閉院のため ☐ 診療機能変更のため ☐ その他 ()
備考	

F A X 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

F A X 番号 0229-24-3005（連携室直通）

電話番号 0229-23-3311（代表）

《大崎市民病院使用欄》

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| ☐ 収受・起案 | ☐ 病院独自機能 | ☐ 登録医名簿 |
| ☐ メーリングリスト | ☐ 紹介者マスタ | ☐ 登録医名簿（予約センター用） |
| ☐ ホームページ | | ☐ こどもサポート医一覧（4東用） |