

《FAX 送信先》

さいたま赤十字病院 医療連携課【048-852-1132】

登 録 医 辞 退 届

さいたま赤十字病院
病院長 様

年 月 日

申 請 者
(医療機関名)
(医師名)

さいたま赤十字病院登録医を辞退するので届け出いたします。

(医療機関名)

(医師名)

差し支えなければ辞退の理由をご記入ください。

(さいたま赤十字病院使用欄)

【受 理 日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【登録医証書番号】 第 _____ 号