（様式3）

《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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（医療機関名）（医師名） |  |

病院長　様

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。

|  |
| --- |
| 【受　理　日】　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 【登録医証書番号】　　第　　　　　　　　　　　号 |

（さいたま赤十字病院使用欄）