

《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