

連携登録医 辞退届

令和 年 月 日

奈良県立医科大学附属病院 病院長 殿

以下の事由により、連携登録医を辞退いたします。

| | | |
|-------|---|---------|
| ふりがな | | 登録医番号 : |
| 申請者名 | | |
| 医療機関名 | | |
| 住所 | 〒 | |
| 電話番号 | | |
| 辞退事由 | | |

【お問い合わせ】
 奈良県立医科大学附属病院
 地域連携・入退院支援センター
 〒634-8522 奈良県橿原市四条町 8 4 0
 TEL : 0 7 4 4 - 2 2 - 3 0 5 1 (代表)
 0 7 4 4 - 2 9 - 8 0 2 2 (直通)
 FAX : 0 7 4 4 - 2 3 - 9 9 2 3

事務局使用欄

| | |
|----|-----|
| 承認 | 回 覧 |
| | |

| | |
|----|-----|
| 受付 | 処 理 |
| / | / |
| | |