

連携医辞退申出書

令和 年 月 日

徳島県立中央病院長 殿

申請者医師氏名 印

徳島県立中央病院地域医療連携実施細則第3条に基づき連携医証を添え、連携医の登録の辞退を申し出ます。

登録番号		登録年月日	平・令 年 月 日
申請者医師氏名	男・女	生年月日	大・昭・令 年 月 日
自宅住所		電話 (自宅)	
診療機関名		診療科目	
診療機関住所		電話	

上記の者は、徳島県立中央病院地域医療連携実施細則第3条に基づく連携医の登録を辞退したいとの申し出がありましたので、よろしくお願い申し上げます。

令和 年 月 日

郡・市 医師会長名 印