一宮市立市民病院

　　　地域連携登録医（変更・辞退）届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　一宮市立市民病院　地域医療連携室　宛

　私は、一宮市立市民病院地域連携システムの趣旨に賛同し、同実施要綱第３条及び第４条の規定に基づき登録医として登録を受けていましたが、下記の理由に

より、変更・辞退しますのでお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録医氏名 | ふりがな |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 変更内容 |  |
| 辞退の理由 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　一宮市立市民病院　地域医療連携室

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号　（0586）71-1922