

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