

(様式3)

登 録 医 辞 退 届

年 月 日

神 栖 済 生 会 病 院

院 長 代 行 長 野 具 雄 様

医療機関名 _____

登録医名 _____ 印

今般、神栖済生会病院連携登録医を辞退するので届け出いたします。

※差し支えなければ辞退の理由もお書きください。