

連携医登録辞退届

独立行政法人地域医療機能推進機構

久留米総合病院

院長 田中 眞紀 様

今般_____により、 年 月 日付を

もって連携登録を辞退したいので届け出をいたします。

医療機関名 _____

登録番号 _____

登録医氏名 _____ (印)