

藤田医科大学岡崎医療センター 地域連携登録医 退会用紙

藤田医科大学岡崎医療センター病院長殿

私は、藤田医科大学岡崎医療センター「地域連携登録医制度」の下記理由により、「藤田医科大学岡崎医療センター地域連携登録医制度実施規程」に基づき、藤田医科大学岡崎医療センター地域連携登録医を退会することを申請します。

申請年月日	年 月 日
医療機関名	
所在地	〒 -
電話番号	
医師名(登録医名)	
退会理由	