

様式2

年 月 日

市立釧路総合病院
院長宛

所属医師会 _____ 医師会

施設名称 _____

登録医師名 _____ 印

登録医辞退届

今般、 _____ により _____ 年 月 日
付をもって市立釧路総合病院登録医を辞退いたします。