

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。