

東京臨海病院 登録医辞退届

申請日 年 月 日

東京臨海病院

院長 臼杵 二郎 様

東京臨海病院登録医制度運用要綱第 3 条第 4 項の規程に基づきの登録医を辞退いたします。

医療機関名称：

医療機関住所： 〒

代表者氏名：

辞退申請の理由： 退職 / 廃業 / その他 ()

返却方法： 郵送 / その他 ()

※以上の内容を記載のうえ、下記まで FAX または郵送ください。

【事務記載欄】

登録年月日	年 月 日
登録医登録番号	

東京臨海病院 医療連携室

〒134-0086

東京都江戸川区臨海町 1-4-2

電話：03-5605-8811 (代)

FAX：03-5605-7182