

令和 年 月 日

茅ヶ崎市立病院登録医療機関辞退届（案）

茅ヶ崎市病院事業管理者 殿

茅ヶ崎市立病院登録医制度により、登録医療機関を辞退するので
届け出いたします。

医療機関名 _____

開設者名 _____

住所 _____

電話番号 _____

■差し支えなければ辞退の理由もお書きください。

--