

# 登録医辞退届

市立伊勢総合病院  
院長 原 隆久 様

登録医番号

医療機関名

登録医師名

印

今般\_\_\_\_\_の理由により 年 月 日付

をもって市立伊勢総合病院登録医を辞退したいので届出いたします。

## 市立伊勢総合病院記入欄

登録変更年月日	
管理番号	
登録医番号	