

石巻赤十字病院登録医 辞退申請書

石巻赤十字病院 院長 様

石巻赤十字病院登録医制度要綱に基づき、下記のとおり申請します。

申請年月日： 年 月 日

(フリガナ)		所属医師会
病医院名		
(フリガナ)		役職名
登録医師名		
住 所		
T E L		F A X
辞退理由		
データベース 登録情報	削除希望 ・ 不要	

お手数ですが、下記の連絡先までFAXいただきますようお願いいたします。

【FAX送信先】

石巻赤十字病院 総合患者支援センター

TEL : 0225-21-7322 / FAX : 0225-96-5147 (直通)