

医療連携登録医辞退届

記入日 年 月 日

大阪市立大学医学部附属病院

病 院 長 様

医療機関名 _____

登録医名 _____ 印

大阪市立大学医学部附属病院医療連携登録医を辞退するので届出いたします。

※差し支えなければ辞退の理由をご記入ください。

提出先：患者支援課

☎：06-6645-2857 FAX：06-6636-3539 （病院記入欄）

mail:i-soudan@med.osaka-cu.ac.jp

受付年月日	年 月 日
処理年月日	年 月 日