

様式3

連携医療機関・登録辞退届

年 月 日

地方独立行政法人徳島県鳴門病院
院長 邊見 達彦 様

医療機関名 _____

記 載 者 _____

今般、徳島県鳴門病院の連携医療機関・登録を辞退するので届け出いたします。

※差し支えなければ辞退の理由もお書きください。