



申込日：平成 年 月 日

登録変更・登録辞退届

社会福祉法人 恩賜財団 済生会
済生会八幡総合病院



0120-059-271

病院長 北村 昌之 行

下記の該当する項目の□に✓を付けてください。

登録医基本情報 ※ 変更となる箇所のみご記入ください。

法人名・医療機関名	(フリガナ)			
所在地	〒			
登録医師名	①	フリガナ	②	フリガナ
	③	フリガナ	④	フリガナ
電話番号			FAX 番号	

登録医辞退届

法人名・医療機関名	(フリガナ)			
登録医師名	①	フリガナ	②	フリガナ
	③	フリガナ	④	フリガナ

平成 年 月 日

済生会八幡総合病院地域医療連携登録医を辞退いたします。

辞退理由

済生会八幡総合病院 事務処理欄

登録日：平成 年 月 日

登録医番号	SYH-
-------	------

病院長	事務部長	地域医療連携室 室長	地域医療連携室 担当者