

院長 古 森 公 浩 殿

登録変更・登録辞退届

届出日 令和 年 月 日

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。

以下のとおり変更します。

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	
メールアドレス				

□ 登録医辞退届

福岡県済生会八幡総合病院地域医療連携登録医を辞退します。

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
辞退理由				



社会福祉法人^{恩賜財団}福岡県済生会八幡総合病院

〒807-0831 北九州市八幡西区則松 275 番地

TEL 0120-059-270

FAX 0120-059-271

(地域連携室直通)