



申込日：令和 年 月 日

登録変更・登録辞退届

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部
済生会八幡総合病院
院長 古森 公浩 行



0120-059-271

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：令和 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