様式第４号（第３条関係）

地域連携登録医( 変更・辞退 )届出書

　　年　　月　　日

　豊川市民病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

私は、豊川市民病院地域連携登録医制度運営要綱第３条に基づき、登録医の登録内容の変更・辞退を届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録医番号 |  | |
| 届出区分 | 変更　　　・　　　辞退 | |
| 変更内容 | 変更後 | 変更前 |
|  |  |
| 備考 |  | |

※該当する□にレ印をご記入ください。

※備考欄は、特記すべき事項がありましたらご記入ください。