（様式-２）

公立館林厚生病院

地域医療連携　登録医　辞退届

今般、　　により　　年　　月　　日付をもって公立館林厚生病院登録医を辞退いたします。

登録医　医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

院長名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

年　　月　　日

公 立 館 林 厚 生 病 院

病院長　松本　正弘　様