

FAX 072-957-8051

FAX

登録医辞退届

年 月 日

大阪はびきの医療センター

院 長 殿

医療機関名 _____

登録医名 _____

この度、大阪はびきの医療センター登録医を辞退いたしますので、届け出いたします。

※ 差し支えなければ、ご辞退の理由もお書きください

地域医療連携室宛に FAXまたは、郵送にてご送信ください。

〒 583-8588

大阪府羽曳野市はびきの3丁目7-1

大阪はびきの医療センター

地域医療連携室

TEL 072-957-2121(代表)

072-957-8030(直通)

F A X

072-957-8051