## 母体保護法指定医師研修機関指定辞退届

西暦

年

月

日

京	都	医	師	会	長	殿					
							施設所在地				
							研修機関名				
							管理者氏名				印
							主任指導医				印
							研修機関番号	213 —		_	
	京	京 都	京都医	京都医師	京都医師会	京都医師会長	京都医師会長 殿	施設所在地         研修機関名         管理者氏名         主任指導医	施設所在地  研修機関名  管理者氏名  主任指導医	施設所在地 研修機関名 管理者氏名 主任指導医	施設所在地 研修機関名 管理者氏名 主任指導医

母体保護法指定医師研修機関の指定について、下記の理由により辞退いたしたく届出 いたします。

記

## 【辞退理由】

## 【辞退年月日】

西暦 年 月 日

注)研修連携施設がある場合には、当該施設の辞退届(様式18)を添付すること。