（様式１７）

母体保護法指定医師研修機関指定辞退届

西暦　　年　　月　　日

東 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 －　　－

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。