

(様式 17)

母体保護法指定医師研修機関指定辞退届

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】

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。