

(様式 18)

母体保護法指定医師研修連携施設登録辞退届

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 — — _____

本施設の指定医師研修連携施設である下記医療機関について、下記の理由により研修連携施設の登録を辞退いたしたく届出いたします。

施設所在地 _____

連携施設名 _____

管理者氏名 _____ 印

主任指導医 _____ 印

連携施設番号 313 — — _____

【辞退理由】

【辞退年月日】

西暦 年 月 日

注) 連携している指定医師研修機関を通して届け出ること。