

母体保護法指定医師研修連携施設登録辞退届

西暦 2026 年 8 月 1 日

研修機関が記入

東京都医師会長 殿

市区町村から記入する(「東京都」は省略)。

施設所在地 千代田区神田駿河台2-5

研修機関名 公益社団法人 東京都医師会病院

東京都医師会病院
院長之印
印

必ず押印する。
※個人印ではなく院長公印 or 病院公印

管理者氏名 院長 太郎

主任指導医 主任 太郎

必ず押印する(認印可)。

研修機関番号 213 - 000 - 00000

印
主任

研修機関指定証の番号を記入。

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。

研修連携施設が記入

施設所在地 千代田区神田駿河台2-5

連携施設名 医療法人都医会 東京都連携クリニック

東京都
連携
クリニック
院長之印

必ず押印する。
※個人印ではなく、
院長公印 or 病院公印

管理者氏名 連携 一郎 印

主任指導医 連携 太郎 印

連携施設番号 313 - 000 - 00000

連携
印

押印する(認印可)。

連携施設の登録番号を記入。

【辞退理由】

指定医師の退職に伴い連携施設としての要件を満たさなくなったため。

【辞退理由】および【辞退年月日】は必ず記載する

【辞退年月日】

西暦 2026 年 7 月 31 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。

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。