

(様式 4)

## 登 録 医 辞 退 届

年 月 日

日本赤十字社医療センター  
院 長 本 間 之 夫 様

医療機関名 \_\_\_\_\_

登録医名 \_\_\_\_\_ 印

今般、日本赤十字社医療センター登録医を辞退するので届け出いたします。

※差し支えなければ辞退の理由もお書きください。