

(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 殿

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。