（様式３）

**連携登録医辞退届**

年　　　月　　　日

JA北海道厚生連　札幌厚生病院

院　長　　髭　　修平　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連携登録医名　　　　　　　　　　　　　　　　印

今後、JA北海道厚生連札幌厚生病院連携登録医を辞退するので届出致します。

* 差支えなければご辞退の理由をお書きください。