（様式３）

連携登録医辞退届

年　　月　　日

JA 北海道厚生連　旭川厚生病院
院　長　　光部　兼六郎　　様

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連携登録医名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

今後、JA 北海道厚生連旭川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。