

様式1-6

送付先：名古屋市医師会 地域包括ケア推進課

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システム  
後方支援病院等登録辞退届

平成 年 月 日

一般社団法人名古屋市医師会長 殿

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システムにおける後方支援病院等としての登録を辞退します。

医療機関名	
医療機関所在地	〒
連絡先(代表)	電話番号：( ) - /FAX番号：( ) -
辞退理由 (任意)	

※事務局記入欄

平成 年 月 日

登録辞退を受理いたしましたので、ご連絡申し上げます。

受理印