

様式1-3

送付先：名古屋市医師会 在宅医療・介護連携室

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 医療機関登録辞退届

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医療機関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	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