

様式12の2 (第15条関係)

指 示 医 療 機 関 抹 消 届

年 月 日

湘南地区メディカルコントロール協議会会長 様

届出者 (施設長)

医療機関名

役 職

氏 名

印

湘南地区メディカルコントロール協議会運用細則第15条の2に基づき、次のとおり届出します。

所在地	
医療機関名	
登録を抹消する理由	
※ 受付欄	※ 備考欄

備考 ※欄は、記入しないでください。

委 嘱 状

(氏 名)

湘南地区メディカルコントロール協議会
登録指示医師を委嘱します
期間は平成〇〇年〇月〇日から平成〇〇
年〇月〇〇日までとします

平成〇〇年〇月〇〇日

湘南地区メディカルコントロール協議会
会 長 (氏 名) 印

