

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。