

様式5（第9条関係）

<p>登 録 指 示 医 師 抹 消 届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>湘南地区メディカルコントロール協議会会長 様</p> <p style="text-align: center;">届出者（登録指示医師）</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p>湘南地区メディカルコントロール協議会運用細則第9条に基づき、次のとおり届出 します。</p>	
所在地	
医療機関名	
登録を抹消する理由	
<p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p>確認者(施設長等)</p> <p style="text-align: center;">役職・氏名 印</p>	
※ 受 付 欄	※ 備 考 欄

備 考 ※印欄は、記入しないでください。