

連携登録医辞退届

記入日 年 月 日

国家公務員共済組合連合会
平塚共済病院
病院長様

医療機関名 _____

連携登録医名 _____

私は、平塚共済病院 連携登録医を辞退いたします。

※差し支えなければ辞退の理由をご記入下さい。

問い合わせ先
平塚共済病院 医療連携室
TEL 0463-36-1652
FAX 0463-36-7899

記入見本

連携登録医辞退届

記入日 2025年 3月 3日

国家公務員共済組合連合会
平塚共済病院
病院長様

医療機関名 共済医院

連携登録医名 共済 太郎

私は、平塚共済病院 連携登録医を辞退いたします。

※差し支えなければ辞退の理由をご記入下さい。

閉院のため

問い合わせ先

平塚共済病院 医療連携室

TEL 0463-36-1652

FAX 0463-36-7899

病院記入欄

受付日 / 処理日 / HP ボード リスト MAP