

(様式第4号)

年 月 日

連携医療機関辞退届

大阪母子医療センター総長殿

登録番号

医療機関名

医師名

連携医療機関を辞退したいので、大阪母子医療センター連携医療機関登録制度実施要綱第7条に基づき、届け出ます。