

様式5（第9条関係）

登録指示医師抹消届	
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（登録指示医師）	
氏名 _____	
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。	
所在 地	
医療機関名	
登録を抹消する理由	
医療機関名	
確認者（施設長等）	印
役職・氏名	
※ 受付欄	※ 備考欄

備考 ※印欄は、記入しないでください。