**仙台赤十字病院　地域医療連携室　宛**

**ＦＡＸ：０２２－２４３－４７１８（連携室直通）**

仙台赤十字病院登録医（変更・辞退）届出書

年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 医療機関名 |
| 登録医名 |

該当する[ ] にレ点を入れてください。

[ ] 登録医内容変更　　[ ] 登録医の辞退

【登録医内容変更】

※変更箇所の番号に〇をして変更前・後の内容を記入してください。

※登録医の交代変更は「登録医辞退届出」および「登録医申込書」での届出が必要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 変更前 | 変更後 |
| 1. 医療機関名
 |  |  |
| 1. 所在地
 | 〒 | 〒 |
| 1. TEL
 |  |  |
| 1. FAX
 |  |  |
| 1. E-mail
 |  |  |
| 1. 診療科
 |  |  |
| 1. その他

登録医情報に関すること |  |  |

【登録医の辞退】

※差し支えなければ辞退の理由もお書きください。

|  |
| --- |
| □退職　　□閉院　　□その他 |

【お問い合わせ先】仙台赤十字病院　地域医療連携室

〒982-8501仙台市太白区八木山本町2丁目43-3

ＴＥＬ：022-243-1105（連携室直通）