（様式14）

**母体保護法指定医師研修連携施設辞退届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 年　　 　月　 　　日

京都府医師会長　　殿

所在地

医療施設名

管理者名

主任指導医名

指定医師研修連携施設番号　３２６　－　　　－

母体保護法指定医師研修連携施設登録を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

（理　　由）

（指定医師研修連携施設登録証添付）