

大阪府ドクターバンク登録取消届

大阪府健康医療部保健医療室医療・感染症対策課
大阪府地域医療支援センター長 様

氏名
登録番号

この度、大阪府ドクターバンクの登録情報を取消いたしたく、下記のとおり届け出ます。
つきましては、大阪府ドクターバンク登録名簿からの削除手続きをお願いいたします。

記

1. 取消年月日
2. 取消理由
3. 備考

以上