

おおいた糖尿病相談医名簿登録抹消届

おおいた糖尿病相談医名簿から抹消してください。

大分県知事 殿

令和 年 月 日

抹消理由 _____

氏 名 _____

勤務先 _____

診療科 _____

勤務先住所 _____

勤務先電話番号 _____

※併せておおいた糖尿病相談医登録プレートを返還します。