別記様式３

山口県心腎代謝（CKM）診療医辞退届

令和　　年　　月　　日

山口県健康福祉部健康増進課長様

申請者氏名

　下記のとおり、心腎代謝（CKM）診療医の辞退を申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退の理由等 | □　認定要件を満たさなくなったため  □　医療機関の廃止  □　その他 |
| 辞退年月日  （辞退の理由が生じた日） | 年　　月　　日 |
| 備　　　考 |  |