様式３

**地方独立行政法人栃木県立がんセンター医療連携施設辞退届**

　　　　年　　　月　　　日

地方独立行政法人栃木県立がんセンター

病院長　　安藤　二郎　宛

　　　医療機関名

　　　住　　　所

　　　電話番号 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　ふ　り　が　な

　　　施設長氏名

今般　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　により

　　　　　年　　　　　月　　　　　日付　をもって

地方独立行政法人栃木県立がんセンター医療連携施設登録を辞退したいので届出いたします。

　＊がんセンター記入欄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録日 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連携施設№　　　医　・　歯