

様式第3号（第7条第5項関係）

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。