様式第３号

北九州専門医レジデント制度【辞退届】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

北九州市医師会　殿

　　　　 氏名 　　　　 ㊞

　　　　 住所

　北九州専門医レジデント制度について、下記の理由により支給を辞退させていただきます。

記

１　辞退の理由　(注)いずれかの理由に〇を付けてください。

　　（　　）(１) 専門研修の中止

　　（　　）(２) 北九州専門医レジデント制度の辞退

理由

　　（　　）(３) 心身の故障により研修継続困難

２　理由発生年月日

　　　　　　年　　　　月　　　　日