

山口大学医学部附属病院長 殿

退 室 届

本書記載の内容で、貴地域医療教育研修センターを退室します。

提出日： 年 月 日

氏 名	
所在地	宇部市東小串一丁目1番29号
戸 番	号室
退室予定日	年 月 日
退室後の住所	
退室後の連絡先電話番号	
退室の理由	

※本退室届の個人情報は、地域医療教育研修センター管理運営のために使用します。