

( 別 紙 )

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

献腎摘出協力医療機関の登録更新確認書

1. 承諾します。

2. 辞退します。

( 何れかの番号に○印をして下さい。)

医療機関名	
管理者名	
〒・住所	〒
電話番号	
FAX 番号	