

別紙様式第4号（第3条関係）

				整 理 番 号	
				第 号	
校費患者 取消 承認願（外来・入院） 中止					
下記患者に係る校費取扱いの 取消 を承認くださるよう願います。 中止 年 月 日 科 科長 ⑩ 山口大学医学部附属病院長 殿					
患者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	男・女		
取消・中止 の理由	1 規則第7条による取消 2 規則第8条による中止				
取消・中止 年月日	年 月 日				

校 費 患 者 中 止 申 出 書	
下記の理由により校費患者の取扱いを中止くださるよう申し出ます。 記 ----- ----- 年 月 日 患者氏名 ⑩ （親権者又は後見人等） 山口大学医学部附属病院長 殿	

（注意） 校費患者中止申出書は患者自身が申し出ること。ただし、患者が未成年者の場合は親権者，禁治産者の場合は後見人，準禁治産者の場合は保佐人が申し出ること。