様式２

令和　　年　月　　日

琉球大学病院長　殿

診療科（部）名

診療科（部）長名　　　　　　　　　　印

診療従事承認について（申請）

　下記の者を　　　　　科（部）において，教育・研究上，診療に従事させたいのでご承認願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名(学籍番号) | (学籍番号 　　　　　　　　 ) |
| 身　　　　　分 | 医学研究科（ 　　　　　　　　 専攻 　　年次） |
| （研究期間：　　　　　　　　 　　） |
|  | 令和　　年　　月　　日～令和　年　月　　日 |
| 保険医登録記号番号 |  |
| 診療上，必要とする事由 | |