様式3

承　諾　書

琉球大学病院長　　殿

私は，貴院において診療に従事するにあたり，次の事項について確認し，承諾します。

１．貴院において行った診療行為に対して報酬（謝金）が支払われないこと。

２．貴院において行った診療行為について生じた全ての診療報酬は、貴院に帰属すること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

所　　属

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

* 氏名は自筆で記入願います。