様式４

令和　　年　　月　　日

　　　　　 殿

琉球大学病院長

**診** **療** **従** **事** **承** **認** **に** **つ** **い** **て**

　貴科（部）より申請がありました下記の者については，診療に従事させることは差し支えありませんので通知します。

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 |  |