様式１-2

 琉球大学病院長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　　　日

　診療科（部）名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　私は、下記のとおり、貴院での診療に従事したいので、許可くださるようお願いします。

　　　　なお、貴院での診療従事には、報酬等が支払われないことを承諾します。

* 新規　　　□　継続

|  |
| --- |
| 1. 診療従事の目的
* 診療技術の維持・向上のため　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 1. 診療従事の内容
 |
| ３．診療従事の期間　　　　　　年　　月　　　日　　　～　　　　年　　　月　　　日（当該年度末日迄） |
| ４．診療従事の形態　　□　　毎　　　　曜日　　　　時　　　　　分　～　　　　　　時　　　　　　分　□ (年　　　月　　　周　　　期間内)につき　　　　　回（１回あたり、 時間程度）　　　　　　　　　　　　　　 □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５．　（１）医籍登録番号　　　　　　　　　第　　　　　　　　　　　　号 | 　　（２）保険医登録番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 　　上記のとおり、申請者が貴院で診療に従事することについて同意します。　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　所属長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印（以下は記入不要） |
| 琉球大学医学病院長　　殿　　　上記の件について、診療に従事させたいので、承認願います。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受入診療科（部）等の長　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 上記の診療従事を　　　　　　□　承認する　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　 □　承認しない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　琉球大学病院長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

* 医籍登録番号確認のため、医師免許証又は歯科医師免許証の写しを添付してください。