様式１-1

令和　　年　　月　　日

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)において診療に従事させる必要があるので

ご承認願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 |  |
| 勤　務　先 |  |
| 役　　職　名 |  |
| 診療従事期間 | 令和　　　年　　　月　　　日～令和　　　年　　　月　　　日 |
| 診療上,必要とする事由報酬（謝金）の支払い　　□　有　　□　無し　※ |
| 医籍登録番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険医登録記号番号　　　　　　第　　　　　　　　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 |

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。

* 報酬（謝金）の支払いがない場合，様式3承諾書を提出願います。