様式2

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　殿

病院長　　　印

診療従事承認について

貴科(部)から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 |  |
| 勤　務　先 |  |
| 役　　職　名 |  |
| 診療従事期間 | 令和　　　年　　　月　　　日～令和　　　年　　　月　　　日 |
| 医籍登録番号 | 第　　　　　　　　　　　号 |
| 保険医登録記号番号 | 　　　　　　　　　　　　号 |