**登録診療員・登録研究員申請書**

（様式１）

提出日　令和　　　年　　　月　　　日

東京大学医学部附属病院長　殿

　当診療科（部）では、下記の者を診療又は研究に従事させることを希望し、申請致します。診療又は臨床研究を行う場合は、下記の者が賠償責任保険に加入しており、また、健康状態に異常がないことを確認いたしました。

　　　　　　　　　科（部）長　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　科（部）人事部員　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | □登録診療員　□登録研究員 | | | □新規　□更新 |
| 氏名 | ふりがな（　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　印 | 生年月日 | S ・ H　　年　　月　　日 | |
| 性別 | □男　　　□女 | |
| 学外所属機関  名称 |  | 学外所属機関  職名 |  | |
| 連絡先 | 住所  〒 | | 携帯番号：  学内内線・PHS：  e-mail： | |
| 職種 | □医師　　　□看護師　　　□薬剤師  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 免許名  登録年月日  登録番号 | □医師　□看護師　　□薬剤師　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　）  S　・　H　・ R　　　年　　　　月　　　　日  第　　　　　　　　　　　号 | | | |
| 診療／研究  従事理由  （簡潔に） |  | | | |
| 院内診療／  研究従事場所  (簡潔に) |  | | | |
| 従事期間 | 令和　　　年　　　月　　　日～令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 診療科担当者欄 | 氏名（　　　　　　　　　　）学内内線・PHS：  e-mail： | | | |

**※　書類は従事開始日の1ヶ月前までに提出してください。（内規第３条参照）**

**※　申請手続きは、情報共有の観点から申請者ご本人ではなく、診療科担当者を通してのみ行います。**

**診療科担当者は、従事期間など必ず申請者本人との合意の上、申請をお願いいたします。**

**※　記入内容等に変更が生じた場合は、必ず診療科担当者からのご連絡をお願いいたします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録日 | 医療端末 |  |

（総合研修センター記入欄）