（様式１）

2枚目に注意点がございますので

ご確認の上ご入力ください

　　　年　　　月　　　日

**申請書（届出診療員）**

東京大学医学部附属病院長　殿

下記のとおり貴院において診療及び研究に従事することを希望します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名自署）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | □新規　　　　□継続 | | |
| （ふりがな）  氏　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性別 | □男　　　□女 |
| 所属名（部局名）  ※本務先を記入 |  | 職名  ※本務先を記入 |  |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 登録年月日  登録番号 | S　・　H　・　R　　　年　　　　月　　　　日  第　　　　　　　　　　　号 | | |
| 診療従事理由 |  | | |
| 院内診療従事場所 |  | | |
| 従事期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 受入れ診療科等  担当者欄 | 氏名（　　　　　　　　　　）学内内線・PHS：  e-mail： | | |

**※　書類は従事開始日の1か月前までに提出してください。**

**※　申請手続は、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、従事期間等について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。**

当診療科（部）では、上記の者を診療及び研究に従事させることを希望し、申請します。

上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しました。

　　　　　　　　　科（部）長　　　　　　　　　　印

　　 　　　　　科（部）人事部員　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理日 |  | 許可日 |  |

# 【総合研修センター記入欄】

提出先：総合研修センター（入院棟B　１４階　内線３２２１２）

＜見本＞

