（様式３）

　　年　　月　　日

**承　諾　書**

東京大学医学部附属病院長　殿

所 属 名（本務先）

所属長名（本務先）　　　　　　　　　　　　印

下記の者が貴院で診療及び研究に従事することを承諾します。

記

1. ：
2. ：　　届出診療員
3. ：　　　　　年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日（当該年度内）
4. 従事回数（頻度）　　　　　： ①　毎週　　　　　　　　　　曜日

（いずれかに記入願います）　　②　月　　　回（　　　　　　　　　　曜日）

③　年・期間中　　　　回