

承 諾 書

本院の _____ 科、医師 _____ が、下記の勤務日・時間以外に診療所を（開設し、）管理することについては、承諾いたします。

また、下記の勤務日・時間以外の本人の召喚はいたしません。

記

本院における勤務日

勤務時間

年 月 日

医療機関名

管理者名

印

*原則として、証明者は医療機関の管理者とする。
または、それに準ずる者。

注意事項 勤務先医療機関と管理者となる医療機関の勤務時間が重ならないようにして下さい。