

医師・薬剤師・看護師等勤務従事者名簿

(病院名)

平成 年 月 日 現在

資格	番号	氏 名 (住 所)	生年月日 (年齢)	免許番号 (免許年月日)	保健所の確認印		区分	担当 科名	勤務 曜日	勤務時間	一週間の 勤務時間数	a 勤務時間数	b 勤務時間数	a/b	現在の勤務場所名 (非常勤は必ず記載)	備考
					免許証 原 本	謄本										
		()	()	()			非・常			～						
		()	()	()			非・常			～						
		()	()	()			非・常			～						
		()	()	()			非・常			～						
		()	()	()			非・常			～						
		()	()	()			非・常			～						
		()	()	()			非・常			～						
		()	()	()			非・常			～						
		()	()	()			非・常			～						
		()	()	()			非・常			～						

※ 保健所の確認印は、原本又は、病院で保管している保健所等で原本照合済の謄本により確認すること。また、その確認した項目欄に押印すること。

※ a/b欄…非常勤従事者が複数いる場合には、非常勤従事者全員の1週間の勤務時間を積み上げたうえで、当該病院の従事者の通常の勤務時間により換算すること。

※ a/b欄…医師以外の他の非常勤従事者が複数いる場合には、非常勤の従事者全員換算後値を積み上げること。