

道内医療機関勤務届出書

年 月 日

北海道知事 様

借受者 住 所

氏 名

次のとおり別の道内医療機関に異動したので届け出ます。

1 道内医療機関（異動先）の名称及び所在地

(1) 名 称

(2) 所在地

2 勤務開始年月日

年 月 日から

上記の者は、当病院（診療所）において、年 月 日に勤務を開始したことを証明します。

年 月 日

所在地

名 称

所属長（氏名）

印