

医 療 従 事 者 名 簿

施設名 ○○○医院

職種	氏名	生年月日	免 許			臨床研修等修了登録年月日	常 勤 非常勤 の 別	非常勤のみ記入		採 用 年月日	備 考 (担当診療科名)
			登録番号	登 録 年月日	交付者名			現勤務先名	勤務日及び勤務時間		
医師	○○ ○○	○○	222222	H24.4.5	厚生労働大臣	H26.6.6	常			H27.4.1	整形外科
〃	×× ××	○○	333333	R2.3.31	厚生労働大臣	R4.5.7	非	××大学病院	月1回 木 13:00～17:00	R6.10.1	整形外科
薬剤師	△△ △△	○○	222222	H9.10.01	厚生労働大臣		常			H24.4.5	
診療放射線技師	□□ □□	○○	333333	H10.3.31	厚生労働大臣		常			H13.4.1	
	看護師、事務員等は記入不要です。 立入検査当日は、医療従事者名簿記載者順に、 ①免許証の写し ②臨床研修修了登録証の写し（医師、歯科医師のみ） ③出勤簿又はタイムカード をご用意ください。					記 載 例					

○年○月○日現在