

別記様式 医療従事者名簿（その他の医療従事者）

（全 頁の 頁）

施設名		許可病床数			職員の勤務時間			
		室 床			h/週			
職種 および 役職名	フリガナ 氏 名	免許種別 登録年月日 登録番号		常 勤	非 常 勤	1 週間 の勤務 時間数	入職の 年月日	他の勤務先 勤務日時
		年 月 日	号					
	1	年 月 日	号			h/週	年 月 日	
	2	年 月 日	号			h/週	年 月 日	
	3	年 月 日	号			h/週	年 月 日	
	4	年 月 日	号			h/週	年 月 日	
	5	年 月 日	号			h/週	年 月 日	
	6	年 月 日	号			h/週	年 月 日	
	7	年 月 日	号			h/週	年 月 日	
	8	年 月 日	号			h/週	年 月 日	
	9	年 月 日	号			h/週	年 月 日	
	10	年 月 日	号			h/週	年 月 日	
	11	年 月 日	号			h/週	年 月 日	
	12	年 月 日	号			h/週	年 月 日	
	13	年 月 日	号			h/週	年 月 日	

- （注意事項） 1 職種ごとにまとめて記載すること。
 2 免許証の発行者が厚生労働大臣以外である場合発行者名を記入すること。