

J R 仙台病院長殿

代表者職氏名	
--------	--

貴院の下記医師に兼業を依頼したいのでご同意くださるようお願いいたします。

【ご担当者】

担 当 者	
担 当 部 署	
連絡先電話番号	
メールアドレス	