

## 様式 18 の 2

## 医師事務作業補助者の名簿

氏名	勤務曜日と 勤務時間	1週間の勤務時 間	自院における 3年以上の勤 務経験
	月 : 、木 : 火 : 、金 : 水 : 、土 : 日 :	時間 分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	月 : 、木 : 火 : 、金 : 水 : 、土 : 日 :	時間 分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	月 : 、木 : 火 : 、金 : 水 : 、土 : 日 :	時間 分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	月 : 、木 : 火 : 、金 : 水 : 、土 : 日 :	時間 分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	月 : 、木 : 火 : 、金 : 水 : 、土 : 日 :	時間 分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

## [記載上の注意]

1. 医療従事者として勤務している看護職員は医師事務作業補助者として届出することはできない。
2. 「自院における3年以上の勤務経験」は医師事務作業補助者としての勤務経験をいう。