

20XX 年 X 月 X 日

## 承 諾 書

〇〇〇〇〇病院

院長 札幌 太郎

殿

医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院  
院長 古田 康

当施設は、下記のとおり貴施設への医師派遣を許可します。

記

所属・職名：内科

氏 名：手稲 次郎

期 間：20XX 年 4 月 1 日（月）～20XX 年 3 月 31 日（金）