医　師　派　遣　要　請　書

|  |
| --- |
|  |

 令和 　年 　月 　日

旭川医科大学長　様

住 所

 医療機関名

 代表者名 印

 担当者氏名

 　　　（電話番号 　　番）

 　本院における診療従事のため、次のとおり貴大学所属の医師の派遣を要請します。

記

１ 診療従事内容（従事する職務内容をできるだけ、具体的に記入して下さい。）

２ 診療要請医師 （１）所 属

（２）氏 名

３ 形態及び就任年月日等（当てはまるものを○で囲んで下さい。）

 （１）形　態 　ａ．常勤 　　ｂ．常勤以外（定期的なもの）

 （２）職　名

 （３）就任年月日 令和 　年 　月 　日 　～

４ 診療従事時間　勤務時間 平日 ： 　～　 ：

宿 日 直 月 回程度

５ 諸条件 　※ 報酬（日当、月給等）、休暇、交通費、宿泊、住居の手配等、できるだけ

具体的にご記入ください。

６ 本院の概要 　※ 貴院の概要がわかるもの