

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 **※ 必ず記入してください**
(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 **※ 指定がない場合は記入不要です**
(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。 ※ 指定する場合は記入不要です**
- 6 本院の概要 **※ 貴院の概要がわかるもの ※ 指定する場合は記入不要です**