**医師派遣要請書（令和　　　　年度）**

令和　　　年　　月　　日

富山大学附属病院地域医療総合支援センター長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒　　　- |
| 住　所 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関電話番号 |  |
| 代表者職氏名 |  |
|  |  |
| 担当者職名氏名 |  |
| 　（電話番号　　　　　　　　　内線　　　　　） |
| 　（e-mail : 　 ） |

当施設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。

（本派遣要請書では，常勤の医師派遣の要請を記載ください）

記

１　派遣要請（該当箇所に☑を付けてください）

　　□新規

　□医師交代

□その他の変更　［内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

２　派遣要請医師　 診療科　　　　　　　　　　　氏名

３　派遣の期間　　令和　　年　　月　　日　　～　　令和　　年　　月　　日

４　診療従事内容

５　諸条件

６　要請の理由