**医**　**師**　**派**　**遣**　**要**　**請**　**書**

様式第2号

　　年　　　月　　　日

医療法人渓仁会　手稲渓仁会病院

　　　　　院長　　古田　康　殿

住所 〒

名称

代表者

担当者：

電話番号：

e-mail：

次のとおり貴院所属の医師派遣を要請します。

記

1．派遣実績及び従事内容（該当にを付け、職務内容を具体的に記入してください）

新規派遣　継続派遣　  講演　講師　座長　司会　会議　その他（　　　　　　　　　）

内容

2．従事者

　（1）所属

　（2）氏名

3．派遣日時（日程、曜日、時間等、具体的に記入してください）

4．場所（会場名、住所等、具体的に記入してください）

5．諸条件（報酬、交通費、宿泊等、具体的に記入してください）

6．病院長の承諾書（該当にをつけてください）　　　必要　　不要

　承諾書は原則お送りしておりません。必要な場合は返信用封筒（宛名記入・切手貼付）を同封の上、

　 本状と併せて働き方改革対策課までご郵送ください。（〒006-8555　札幌市手稲区前田1条12丁目1-40）

**※手稲渓仁会病院記入欄**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 院長 | 担当副院長 | 担当院長補佐 | 経営管理部長 | 経営管理次長 | 総務課 | 働き方改革対策課 | 所属長 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

承諾：可・否　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 取扱No（ ）