

医師派遣要請書

20XX年3月1日

医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院
院長 古田 康 殿住所 〒 000-0000 札幌市〇〇区〇〇条〇丁目〇番〇号
医療機関名 〇〇〇〇〇病院
代表者職氏名 院長 札幌 太郎
担当者職氏名：総務課 札幌 花子
電話番号：011-234-5678
e-mail：XXXXX@hospital.ne.jp

当施設における診療従事のため、次のとおり貴院所属の医師派遣を要請します。

記

- 派遣実績及び診療従事内容（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 外来診療 入院診療 宿・日直 手術 検査 その他
放射線科（内容 入院患者の緊急対応、読影、医療技術指導 など）
※宿日直業務の場合、労働基準監督署の許可を得た宿日直に該当 する しない
取得予定（20XX年7月 頃）
- 診療要請医師
(1) 所属 放射線診断科
(2) 氏名 手稲 次郎 ※事前に本人の同意を得たうえで手続をお願いします
- 派遣形態（いずれかに☑をお付けください）及び期間（具体的に記入してください）
(1) 形態 常勤 常勤以外（定期的なもの） 常勤以外（不定期なもの）
(2) 期間 20XX年4月1日（月）～20XX年3月31日（金） ※継続的な場合は当該年度毎に申請して下さい
- 診療従事日時（毎週月曜8:30～17:00、毎月第1火曜9:00～13:00等、具体的に記入してください）
毎週月曜8:30～17:00、毎月第4土曜～日曜17:00～翌9:00 など
- 諸条件（報酬（日給、月給等）、交通費、宿泊、住居手配等、具体的に記入してください）
日給50,000円、宿直100,000円、交通費実費 施設内に当直室有り
- 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）

※手稲溪仁会病院記入欄

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（ ）