

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

1. 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

宿日直許可取得済の場合は、許可書の写しを必ずご提出ください ☒取得予定 （ 20XX 年 7 月 頃）

2. 診療要請医師

(1) 所属 放射線診断科

※ 事前に本人の同意を得たうえで手続をお願いします

(2) 氏名 手稲 次郎

3. 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**

4. 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

5. 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

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 （ ）