様式（第５条第１項関係）

医師確保の支援に関する依頼書

依頼日	平成　　年　　月　　日	区分	福島	会津	収受日	
医療機関名					整理No.	
所在地					地区	
担当者（職・氏名）	TEL				医療機関番号	
勤務区分	□ 常勤　　□ 非常勤					
新規・継続の別	□継続確保（医師名　　・不特定交代） 同一の**常勤医師**継続の場合　これまでの継続派遣年数　　年 □新規確保（医師名　　・不特定交代）					
医師の条件	診療科		関連する講座等			
	勤務期間	平成　　年　　月　　日 から　（おおよその期間　　）				
	年齢等	歳 ～ 歳　（又は経験年数　　年以上）				
	その他					
勤務条件	給与					
	勤務時間 勤務形態					
	その他					
診療科の状況	患者数	外来患者数　1日平均 約　　人	入院患者数　1日平均 約　　人			
	職員数	常勤医師　　人	看護師　　人			
	その他					
医師を必要とする理由・緊急性						
事故への対応	医師の業務遂行における移動中の交通事故及び医療事故等への対応について □ 同意します　□ その他（　　）					
備考						

医大処理欄	所属	健管・育成・基病・衛予・公衆・法医・循内・血内・消内・ﾘｳﾏﾁ・腎内・糖内・神内・呼内・消外・肝胆・呼外・乳腺・心外・脳外・整形・形成・産婦・小児・眼科・皮膚・泌尿・耳鼻・精神・放射・麻酔・救急・病診・感制・輸血・家庭・安管・歯科・内視・会津・その他（　　）		
	対応	可	□依頼のとおり派遣　□交替で派遣　□他の医師を派遣	□保留
		不可	□人員確保が困難　□その他（　　）	□その他 （※下欄に記載）
	講座等の意見等			
	派遣期間	平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日		
	医師名			

様式（第５条第１項関係）