（別紙様式１）

令和　　年　　月　　日

　　　島根大学医学部附属病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

医師の派遣要請について

このことについて，下記により，医師の派遣を要請いたします。

記

　１．医師を必要とする理由（根拠となる資料を添付）

　２．診療分野等

　３．派遣形態（該当の項目にチェックを入れてください）

□　常勤医師
申請理由区分（※１）

* 増員派遣　□　補充派遣　□　交替派遣　□　その他

　　　□　非常勤嘱託医

　　　　　勤務条件

　　　　　　　□ 年　□ 月　□ 週　□ 期間中　　回（　　時間／１回）（※２）

　　　　　　　□ 毎　　曜日　　　時　　分　～　　　時　　分

　　　　　　　□ 宿直勤務（労働基準監督署からの許可　：　□ 有　・　□ 無）

　　　　　　　□ 日直勤務（労働基準監督署からの許可　：　□ 有　・　□ 無）

□ その他（

　４．派遣要請人数

５．採用希望年月日（任用の期間に制限があればその期間）

（※１）貴院の常勤医師要請理由を下記から選択してチェックを入れてください。

・増員派遣：新規診療科の設置，既設診療科の機能強化等又は研修医師の受け入れを目的とした派遣要請
・補充派遣：既設診療科の維持等を目的とした派遣要請
・交替派遣：派遣を既に受けている場合の医師の交替人員を求めるための派遣要請

（※２）宿日直勤務の場合も従事時間数等を記入して下さい。