

医師新規紹介依頼書

A面

※下記太枠内に必要事項をご記入下さい

依頼日		年 月 日	
所在地 医療機関名			
病床数および 指定病院・認定施設等		床	
担当者		部署 役職 氏名 Tel () -	
医師の条件	区分	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
	診療科目		
	勤務期間	年 月 日から	
		<input type="checkbox"/> 6カ月未満(約 月間) <input type="checkbox"/> 6カ月以上(おおよその期間)	
	年齢等	歳 ~ 歳 (又は経験年数 年以上)	
その他の条件 (職位・待遇)			
勤務条件	給与等		
	勤務時間 勤務形態		
	当直回数および 当直体制	回 / 月	
	住宅・生活環境		学会・研究会等への 参加サポート体制
診療科の状況	診療科の患者数	外来患者数 1日平均 約 人	入院患者数 1日平均 約 人
	診療科の職員数	常勤医師 名	看護師 名
	診療科の指導医在籍有無	有 (名) 無	
	その他	(年間手術件数 約 件)	
医師を必要とする理由 及びその緊急性			
備 考			

※民間病院においては、教室との関係等も記入して下さい。

年 月 日起案
年 月 日決裁

決裁欄			
地域医療貢献推進委員会		事務局	
	職員課長	人事担当係長	起案者