

発信番号：〇〇〇第×××号 (あれば)
日 付：令和〇〇年〇〇月〇〇日

兼業依頼（診療応援）

東北医科薬科大学
学長 高柳元明 殿

所在地(〒)000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇
名称 〇〇〇総合病院
代表者 院長 〇〇〇〇 (公印省略)

当施設における診療従事のため、下記の通り貴大学所属の医師の兼業をお願いします。
なお、兼業従事中（移動時間含む）に兼業従事者が起こした事故や、兼業従事者が受けた災害については、原則として当施設の責任で対処いたします。

記

兼業の内容について（該当する項目（□）にチェックし、必要事項を記載してください。）

| | |
|----|---|
| 1 | 派遣医師氏名：〇〇 〇〇 ※複数ローテーションの場合は全員ご記入下さい。 所属：診療科 職名：准教授など |
| 2 | 派遣実績： <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 医師派遣要請書提出済み <input checked="" type="checkbox"/> 継続 |
| 3 | 要請診療科名： 内科（糖尿病科） |
| 4 | 職務内容： ※できるだけ具体的にご記入下さい。 ・外来診療（外来および入院患者にかかる診療応援など） ・当直、日直業務（救急外来・病棟急変対応など） ・手術、麻酔、検査、健診、読影、医療技術指導など |
| 5 | 従事回数・従事時間： ※定期・不定期の区別をご記入下さい。 毎週〇曜日 〇時〇分～〇時〇分まで 不定期（年・月・週・期間内）につき〇回（1回当たり〇時間程度） |
| 6 | 依頼期間： ※定期の場合は年度毎、臨時の場合は応援日をご記入下さい。 令和〇年〇月〇日（許可日）～令和〇年〇月〇日 ←定期継続は1年度毎 令和〇年〇月〇日（〇曜日） ←臨時の場合は応援日 |
| 7 | 報酬： 1回〇〇〇円、1時間〇〇〇円、交通費有無など |
| 8 | 東北医科薬科大学長の回答書： <input type="checkbox"/> 必要 (回答書は原則お送りしておりません。回答書が必要な場合は、本状と併せて、返信用封筒（宛名記載）および回答様式を同封の上、郵送にてお送り下さい。) |
| 9 | 連絡先： 住所：〒000-0000 機関等名称：〇〇〇総合病院 担当者（所属・氏名）：事務局総務課・課長補佐 〇〇 〇〇 連絡先： e-mail 000000@0000.jp TEL 000-000-0000 FAX 000-000-0000 |
| 10 | その他（特記事項） |

※以下、本学使用欄につき記入不要です。

| |
|--|
| 本件兼業について、許可します。 (許可日) 年 月 日 東北医科薬科大学 学長 高柳元明 (公印省略) |
|--|