

発信番号: ○○○第×××号(あれば)
日付: 令和○○年○○月○○日

兼業依頼状 (診療応援)

東北医科薬科大学
学長 高柳元明 殿

所在地(〒) 000-0000○○県○○市○○町○-○
機関名 ○○○総合病院
代表者 院長 ○○○○ (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: ※複数名ローテーションの場合はその旨を記入、担当者は全員名記載 所属: 担当医師の教室名 職名: 教授、准教授、講師、助教、助手など
2	派遣実績: <input type="checkbox"/> 新規(□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)など
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 *勤務形態が宿日直業務の場合のみ、回答下さい。 労働基準監督署の許可を得た宿日直に該当 → <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 許可取得予定(R 年)
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○曜日 ○時○分～○時○分まで 不定期(年・月・週・期間内)につき○回(1回当り○時間程度)
6	依頼期間: ※定期の場合は当該年度、臨時の場合は応援日をご記入下さい。 令和○年○月○日～令和○年3月末日(継続応援の場合は、当該年度期間にて申請) 令和○年○月○日(○曜日) ←臨時の場合は応援日
7	報酬: 1回あたり○○○円, 1時間○○○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いません。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・切手貼付)を同封の上、郵送にてお送り下さい。)
9	連絡先: 住所: 〒000-0000 ○○○県○○市○○町○-○ 機関名: ○○○総合病院 担当者(所属・氏名): 事務局総務課・課長補佐 ○○○○ 連絡先: E-mail ○○○@○○.jp TEL 000-000-0000 FAX 000-000-0000
10	その他(特記事項)