

短期診療支援医師紹介依頼書

西暦 年 月 日

公益財団法人北海道地域医療振興財団

理事長

様

医療機関名
 代表者職・氏名
 (院長名又は所長名: 診療科記載)

下記のとおり、医師が一時的に不在となりますので、短期診療支援医師の紹介を依頼します。

医療機関	〒 一 住所 TEL FAX 担当者職名 氏名					
医師数	常勤医師等現員数を記載	人	内訳	内科 その他(常・非)	人、外科 人(整・小・・・)	人、
	依頼時における常勤医師等の体制を記載	人	内訳	内科 その他(常・非)	人、外科 人()
病床数	病床数	床(一般	床、療養	床、介護	床、その他	床)
患者数	入院	人/日(内、支援医師対応分		科		人)
	通院	人/日(内、支援医師対応分 (日直時通院		科外来患者 人/日)	(宿直時通院	人/日)

依頼理由	(※ 不在医師 職・氏名を記載)					
診療科目	(※ 複数科記載時は主な科に○を記入)					
診療期間	年 月 日 () 時 分から		日勤時間: 時 分~ 時 分 回			
	年 月 日 () 時 分まで		宿直時間: 時 分~ 時 分 回			
	移動日	円 × 回	円	()		
報酬 (税込み)	半日診療	円 × 回	円	()		
	1日診療	円 × 回	円	()		
	宿直料	円 × 回	円	()		
	日直料	円 × 回	円	()		
			総額	円	(※()内は日又は曜日記載 (※内所得税 円)	
報酬 支払方法	1 口座振り込み	2 現金払い	3 その他			
交通費等	1 交通費 円	2 日当 円	3 宿泊料 円			
	※実費支給		※院内宿直室等利用のため無償			
交通手段等 (※ 列車名等記載)	往路	月 日 () 駅(空港)発 時 分	駅(空港)着 時 分			
	復路	月 日 () 駅(空港)発 時 分	駅(空港)着 時 分			
		駅(空港)発~医療機関までの送迎方法	・医療機関で送迎 ・タクシーで送迎 ・その他			
参考事項	宿泊場所	食事				
特記事項	試用期間 / 有・無	時間外労働 / 有・無				
	休憩時間 / : ~ :	受動喫煙防止措置 / 有・無				
	健康保険・厚生年金・労災保険・雇用保険	/ 有・無				