

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	〒 ー TEL 住所 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 人、外科 人、その他(常・非) 人(整・小・・・)	
	依頼時における常勤医師等の体制を記載	人	内 訳	内科 人、外科 人、その他(常・非) 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			科外来患者 人)
	(日直時通院 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 日直時間： 時 分～ 時 分 回		
報 酬 (税込み)	移動日	円 × 回	円	()	
	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				