様式第2号

平成　　　年　　　月　　　日

長崎離島・へき地医療支援センター長　　殿

（長崎大学病院 地域医療支援センター内）

診療所名

開設者

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

しますけっと団医師斡旋事業斡旋申込書

次のとおり医師の斡旋を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 斡旋事由 | | 1　代診 |
| 2　診療応援 |
| 3　短期の常勤診療 |
| 斡旋依頼期間 | |  |
|  |
| 斡旋を必要とする理由 | |  |
|  |
|  |
| 連　　絡　　先 | 所属名 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 備　　　　　　　　考 | |  |
|  |