

様式2

## 代診医等派遣受入結果報告書

平成 年 月 日

岐阜県へき地医療支援機構 様

(へき地診療所開設者名)

下記のとおり、代診医等の派遣を受けました。

代診期間	①	年	月	日 ( )	:	～	:
	②	年	月	日 ( )	:	～	:
	③	年	月	日 ( )	:	～	:

派遣先診療所 \_\_\_\_\_

派遣医師等 所 属 \_\_\_\_\_

役 職 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

理 由 学会出席・休暇・その他 ( )