

様式3

## 代診医等派遣決定書

平成 年 月 日

へき地診療所開設者 様

岐阜県へき地医療支援機構

下記のとおり、代診医等を決定します。

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 \_\_\_\_\_