

様式4

代診医等派遣決定書

平成 年 月 日

へき地医療拠点病院長 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したので、協力をお願いいたします。

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 _____