

様式5

代診医等派遣依頼申請書

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、代診医等の申請を（ 変更 ・ 取消 ）します。

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

申請診療所 _____

事 由 代診医派遣・その他 ()

診療内容等 一般診療・特殊診療 ()

派遣希望職種 医師・歯科医師・看護師・その他 ()

(変更・取消)理由 _____

申 請 者 所 属 _____

担 当 _____

名 前 _____

連絡先 (TEL/E-Mail等) _____