

平成 年 月 日

緊急臨時的医師派遣事業

運営委員長 様

開設者氏名  
(法人代表者氏名)

印

### 派遣元医療機関登録票

登録年月日	※ 平成 年 月 日	登録番号	※
-------	------------	------	---

※印欄は記載しないでください。

医療機関の名称		区	病院	
		分	診療所	
医療機関の住所	〒			
電話番号	TEL	FAX		
FAX番号				
派遣元医療機関	管理者氏名			
	責任者氏名			
	派遣医師名及び診療科	( 科)		
		( 科)		
( 科)				
派遣可能地域				
派遣可能期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
勤務可能時間及び休日 ・時間外の希望等				
その他の特記事項 (移動手段等の希望)				

派遣元医療機関名の 情報開示	可 ・ 不可
-------------------	--------

本登録票の有効期間は、登録した日から6ヶ月間とします。

なお、有効期間を過ぎても派遣が継続する場合には、登録票の再提出をお願いします。

登録票の送付先：北海道病院協会 〒060-0042 札幌市中央区大通西6丁目  
北海道医師会館 6階  
FAX 011-231-9902  
TEL 011-232-0900