

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 ※	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	年 月 日	～	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