平成２７年　　月　　日

　　　　　　保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者名　　　　　　　　　　　 印

島根県地域医療支援会議への医師派遣の要望について

１　要望の有無（いずれかに○印）

　　あり　　なし

　　　※以下「あり」と回答した場合に記入してください。

２　要望数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科 | 人数 | 期　間 | 備　考 |
| 内科系総合医 | 　 人 | 平成２８年　４月～平成　　年　　月 | うち継続　　名 |

３　要望理由（診療への影響等）

　注　１　要望する診療科は、内科系総合医に限定しています。

　　　２　要望理由は、対象患者数、診療件数等の数値によるバックデータを記入してください。地域医療拠点病院の場合には、地域医療拠点病院としての活動等具体的な確保の必要性及び緊急性を記入してください。

　　　３　提出後に要望内容に変更が生じた場合には、保健所に速やかに連絡をしてください。