　　年　　月　　日

別紙様式２

千葉県知事

　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

開設者氏名

（法人代表者氏名）

**派遣元医療機関登録票**

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣登録年度  （事業実施年度） | 年度 |
| 医療機関の名称 |  | | | 区  分 | 病　院    診療所 |
| 医療機関の住所  電話番号  ＦＡＸ番号 | 〒  TEL FAX | | | | |
| 医療機関の管理者氏名 |  | | | | |
| 医療機関の事務担当職氏名 |  | | | | |
| 派遣可能医師の　　　診療科名及び人件費　　(法定福利等含む) | 派遣可能診療科名 | | 人件費 | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| 派遣希望地域  及び派遣先医療機関 |  | | | | |
| 派遣可能期間、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 | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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、派遣登録年度の年度末とします。

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。