

医師少数区域等医師派遣促進事業実施要綱新旧対照表

改正案				現行			
別紙様式 2				別紙様式 2			
千葉県知事				千葉県知事			
様				様			
開設者住所				開設者住所			
開設者氏名				開設者氏名			
(法人代表者氏名)				(法人代表者氏名)			
派遣元医療機関登録票				派遣元医療機関登録票			
派遣登録年度 (事業実施年度)		年度		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		医療機関の名称		区 病 院	
医療機関の住所		分 診療所		医療機関の住所		分 診療所	
電話番号 FAX番号		TEL FAX		電話番号 FAX番号		TEL FAX	
医療機関の管理者氏名				医療機関の管理者氏名			
医療機関の事務担当職氏名				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				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				その他の特記事項			
派遣元医療機関名の 情 報 開 示		可 ・ 不可		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、 <u>派遣登録年度の年度末</u> とします。				本登録票の有効期間は、 <u>登録した日から1年間</u> 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。				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。			