|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出機関名 |  | 電 話 |  |
| 担当者職氏名 |  | F A X |  |
|  | | Email |  |

１　派遣を希望する医療機関の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療所名 | |  |
| 診療科目 | |  |
| 病床数 | |  |
| 医師数 | |  |
| 内訳 | 常勤 |  |
| 非常勤 |  |
| 法定医師数 | |  |
| 一日平均外来患者数 | |  |
| 一日平均入院患者数 | |  |
| 医師住宅の有無 | | 有　　　　　　　　　　　無 |
| 建物構造等  ・住宅確保予定等 | |  |

（留意事項）

1 施設の概要がわかる資料、パンフレット等を添付してください。

2 「非常勤医師」数は、常勤換算してください。

3 「医師住宅の有無」欄のうち「有」の場合は、建築年、建物の構造、床面積を記載してください。

4 「医師住宅の有無」欄のうち「無」の場合、市町村で医師住宅を確保予定があるか否かを記載してください。

２　派遣を希望する理由

|  |
| --- |
|  |

３　医師確保の取組状況

|  |
| --- |
|  |

４　へき地等における保健医療に対する取組状況

|  |
| --- |
|  |