

令和9年度医師少数区域等医師派遣促進事業の活用に係る意向調査票

1 医療機関の名称所在地等

名称	
所在地	
電話番号	
E-mail	
担当所属氏名	

2 派遣を希望する医師数

- | | | |
|-----------------------|--|---|
| ① 派遣を希望する医師数(実数) | | 人 |
| ② 派遣を希望する医師数(常勤換算医師数) | | 人 |

3 派遣を希望する医師の内訳

1	診療科									
	派遣期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	勤務形態		(週	日	時間)	常勤換算		人		
	派遣元医療機関 調整済・調整中の場合 医療機関名等も 記入をお願いします	調整状況		派遣元医療機関での本調査票の確認						
		名称								
所在地										
電話番号			E-mail							
2	診療科									
	派遣期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	勤務形態		(週	日	時間)	常勤換算		人		
	派遣元医療機関 調整済・調整中の場合 医療機関名等も 記入をお願いします	調整状況		派遣元医療機関での本調査票の確認						
		名称								
所在地										
電話番号			E-mail							
3	診療科									
	派遣期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	勤務形態		(週	日	時間)	常勤換算		人		
	派遣元医療機関 調整済・調整中の場合 医療機関名等も 記入をお願いします	調整状況		派遣元医療機関での本調査票の確認						
		名称								
所在地										
電話番号			E-mail							
4	診療科									
	派遣期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	勤務形態		(週	日	時間)	常勤換算		人		
	派遣元医療機関 調整済・調整中の場合 医療機関名等も 記入をお願いします	調整状況		派遣元医療機関での本調査票の確認						
		名称								
所在地										
電話番号			E-mail							
5	診療科									
	派遣期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	勤務形態		(週	日	時間)	常勤換算		人		
	派遣元医療機関 調整済・調整中の場合 医療機関名等も 記入をお願いします	調整状況		派遣元医療機関での本調査票の確認						
		名称								
所在地										
電話番号			E-mail							
6	診療科									
	派遣期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	勤務形態		(週	日	時間)	常勤換算		人		
	派遣元医療機関 調整済・調整中の場合 医療機関名等も 記入をお願いします	調整状況		派遣元医療機関での本調査票の確認						
		名称								
所在地										
電話番号			E-mail							