

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

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
		分	診療所
医療機関の住所	〒		
電話番号	TEL		
FAX番号	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、登録した日から1年間とします。

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。