年　　　月　　　日

神奈川歯科大学附属病院長　宛

**診 療 業 務 依 頼 書**

　貴院に勤務している以下の者について、診療業務支援の為ご派遣頂きたくお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| ＊派遣者氏名（所属、職位） | 神奈川歯科大学附属病院　【　　　　　　　　　　　　　　　　】　　　　　所属　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）職位　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＊事業所名　　事業所管理者名 |  |
| ＊事業所住所（連絡先） | 〒電話メール |
| ＊診療業務依頼内容 | 例：歯科医師による診療業務 |
| ＊派遣期間 | 　　　年　　　月　　日～　　　年　　　月　　　日週　　　日　（週　　　時間） |
| ＊報　酬 |  |
| その他 |  |

　　＊その他以外の項目については記載必須です。

【書類提出について】

＊診療業務依頼書に必要事項を記入の上、神奈川歯科大学附属病院　院務部宛に

　郵送あるいはメールに添付の上ご提出ください。

　メールアドレス　inmu@kdu.ac.jp