

2022 年 3 月 15 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いを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 【氏名 小川 太郎】 所属 (義歯診療科) 職位 (助 教)
事業所名 事業所管理者名	医療法人社団 稲岡歯科医院 院長 稲岡 一郎
事業所住所（連絡先）	〒 238-0003 横須賀市〇〇町 1 2 3 電話 046-800-0000 メール 〇〇〇〇@〇〇.△△.△
診療業務依頼内容	歯科医師による診療業務
派遣期間	2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日 隔週 水曜日 (週 5 時間程度)
報 酬	日 給 〇〇〇〇 円 交通費 実費支給
その他	

【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