

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