|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出機関名 |  | 電 話 |  |
| 担当者職氏名 |  | F A X |  |
|  | | Email |  |

１　派遣を希望する医療機関の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院名 | |  |
| 診療科目 | |  |
| 病床数 | |  |
| 医師数 | | 全　　　　　体：　　　人  派遣希望診療科：　　　人（　　　　科）、　　　人（　　　　科）  　　　人（　　　　科） |
| 内訳 | 常勤 | 全　　　　　体：　　　人  派遣希望診療科：　　　人（　　　　科）、　　　人（　　　　科）  　　　人（　　　　科） |
| 非常勤 | 全　　　　　体：　　　人  派遣希望診療科：　　　人（　　　　科）、　　　人（　　　　科）  　　　人（　　　　科） |
| 法定医師数 | |  |
| 一日平均外来患者数 | | 全　　　　　体：　　　人  派遣希望診療科：　　　人（　　　　科）、　　　人（　　　　科）  　　　人（　　　　科） |
| 一日平均入院患者数 | | 全　　　　　体：　　　人  派遣希望診療科：　　　人（　　　　科）、　　　人（　　　　科）  　　　人（　　　　科） |
| 医師住宅の有無 | | 有　　　　　　　　　　　無 |
| 建物構造等  ・住宅確保予定等 | |  |

（留意事項）

1 施設の概要がわかる資料、パンフレット等を添付してください。

2 「非常勤医師」数は、常勤換算してください。

3 「医師住宅の有無」欄のうち「有」の場合は、建築年、建物の構造、床面積を記載してください。

4 「医師住宅の有無」欄のうち「無」の場合、市町村で医師住宅を確保予定があるか否かを記載してください。

２　派遣を希望する理由

|  |
| --- |
| （病院の状況のほか、診療科ごとに希望する理由を具体的に記入してください。） |

３　医師確保、勤務医の負担軽減等の取組状況

|  |
| --- |
| （具体的に記入してください。）  　※　特に、今年度自治科大学卒業医師の派遣を受けた医療機関においては、今年度に実施済み、あるいは実施予定の医師確保の取組について、その方法及び効果の見込みを詳細に記入してください。 |

４　病院として、へき地診療所に対するバックアップ体制を整える等へき地医療の向上に取り組んでいる。

1. はい　　　②　いいえ　　　　　　　※いずれかに○を付けてください。

|  |
| --- |
| （「はい」を選択した場合、その取組を具体的に記入してください。） |

５　派遣医師が、医師としてのトレーニングを効果的に受けることができるよう配慮されている。

1. はい　　　②　いいえ　　　　　　　※いずれかに○を付けてください。

|  |
| --- |
| （「はい」を選択した場合、その取組を具体的に記入してください。） |