

派遣先医療機関一覧

連携Bを適用する医師を派遣している医療機関の一覧を記載してください。

令和〇年〇月〇日

開設者住所 新宿区〇〇〇丁目〇番〇号
開設者 医療法人社団〇〇
代表者氏名 〇〇 〇〇

印

当〇〇病院は、医療提供体制の確保のため、下記医療機関に医師を派遣

代表者印を押印してください。

NO.	診療科	人数	派遣先医療機関	
			派遣先医療機関名称	所在都道府県
1	産婦人科	2名	△△病院	東京都
2	産婦人科	1名	〇〇〇産婦人科	東京都
3	呼吸器内科	2名	△△病院	東京都
4	呼吸器内科	1名	□□病院	埼玉県
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

医師労働時間短縮計画(案)に記載している
連携Bの診療科と整合性を図ってください。

※ データ提出分は、Excel形式のまま提出してください。