

派 遣 依 頼 書			
依 頼 者	回 卒	氏 名 :	印
依 頼 責 任 者	続 柄	氏 名 :	印
<u>主な連絡先に○を付け，住所等記入願います。(地図を添付して下さい。)</u>			
診 療 所	()	(〒 -) 住 所 :	TEL () -
自 宅	()	(〒 -) 住 所 :	TEL () -
傷 病 名 (診 断 書 を 添 付 し て 下 さ い。)			
派遣依頼期間：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			
1日当たり患者数 (約 人) 技 工 (外注：院内技工)			
1ヶ月当たり患者数 (約 人) チェア-台数 (台)			
スタッフ ()			
診 療 日			
診 療 内 容			
派 遣 医 の 宿 舎	()	(〒 -) (地図を添付して下さい。)	住 所 :
都 道 府 県 地区校友会会長			
氏 名 _____ 印 _____			