

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>			
(      )	( 〒      -      )	TEL (      )	-
診 療 所	住所 :		
(      )	( 〒      -      )	TEL (      )	-
自 宅	住所 :		
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)		チェア一台数 (      台)	
スタッフ (      )			
診 療 日			
診 療 内 容			
派 遣 医 の 宿 舎	住所 :	( 〒      -      ) (地図を添付して下さい。)	
都道府県校友会会長			
氏名 _____ 印 _____			