

(常勤の場合の記載例)

医 師 紹 介 要 請 書

平成〇〇年〇月〇日

北海道大学地域医療支援室長 殿

住 所  
医療機関名  
代表者氏名

担当者氏名 ※ 必ず記入して下さい

(電話番号

番)

(e-mail:

)

本院における診療従事のため、次のとおり貴大学所属の医師の紹介を要請します。

記

1 診療従事内容 (従事する職務内容をできるだけ、具体的に記入して下さい。)

〇〇〇〇科における外来診療、宿直、日直、

2 診療要請医師 (1)所 属 北海道大学病院 〇〇〇〇科 (部)

(2)氏 名 〇〇〇〇

※氏名は特に指定がない場合は、記入不要です。

3 形態及び期間

(1)形態 常勤

(2)期間 平成〇〇年4月1日～平成〇〇年3月31日

※ 期間については最長1年間、但しその年の年度末を区切りとします。

4 診療従事時間 平日 〇 : 〇〇～〇〇 : 〇〇

宿直、日直 月〇回程度

5 諸条件

※ 報酬(日給, 月給等), 交通費, 宿泊, 住居の手配等, できるだけ具体的にご記入下さい。

月給〇〇〇,〇〇〇円 交通費実費

(常勤以外の定期的場合の記載例)

医 師 紹 介 要 請 書

平成〇〇年〇月〇日

北海道大学地域医療支援室長 殿

住 所  
医療機関名  
代表者氏名

担当者氏名 ※ 必ず記入して下さい

(電話番号 番)

(e-mail: )

本院における診療従事のため、次のとおり貴大学所属の医師の紹介を要請します。

記

- 1 診療従事内容 (従事する職務内容をできるだけ、具体的に記入して下さい。)  
〇〇〇〇科における外来診療、宿日直応援、手術応援
- 2 診療要請医師 (1)所 属 北海道大学病院 〇〇〇科 (部)  
(2)氏 名 〇〇〇〇  
※ 氏名は特に指定がない場合は、記入不要です。  
複数の医師の紹介を希望される場合は、連記して下さい。
- 3 形態及び期間  
(1)形態 常勤以外(定期的なもの)  
  
(2)期間 平成〇〇年4月1日～平成〇〇年3月31日  
※ 期間については最長1年間、但しその年の年度末を区切りとします。  
(内容)  
毎週火曜日、第2、4土曜日
- 4 診療従事時間 週1回 〇:〇〇～〇〇:〇〇 (実働〇時間)  
月2回 〇:〇〇～翌日〇〇:〇〇 (実働〇時間)  
※実働時間は拘束時間のうち、休憩、仮眠時間等を除いた時間を記入願います。
- 5 諸条件 ※ 報酬(日給、月給等)、交通費、宿泊、住居の手配等、できるだけ具体的にご記入下さい。  
1回〇〇,〇〇〇円 交通費実費

(常勤以外の不定期の場合の記載例)

医 師 紹 介 要 請 書

平成〇〇年〇月〇日

北海道大学地域医療支援室長 殿

住 所  
医療機関名  
代表者氏名

担当者氏名 ※ 必ず記入して下さい

(電話番号

番)

(e-mail:

)

本院における診療従事のため、次のとおり貴大学所属の医師の紹介を要請します。

記

1 診療従事内容 (従事する職務内容をできるだけ、具体的に記入して下さい。)

・入院・外来診療

勤務する医師が学会等で頻繁に不在となるため、診療支援が必要。

・手術応援

手術等において必要な技能を持った医師（外科医、麻酔科医等）がいないことから手術等を実施する都度、診療支援が必要。

・宿日直応援

勤務する医師が少数であるため、宿日直に対する医師の手当ができず、宿日直の支援が必要。

2 診療要請医師 (1)所 属 北海道大学病院 〇〇〇科 (部)

(2)氏 名 〇〇〇〇

※ 特に指定がない場合は、氏名は記入不要です。

複数の医師の紹介を希望される場合は、連記して下さい。

3 形態及び期間

(1)形態 常勤以外(不定期なもの)

(2)期間 平成〇〇年4月1日～平成〇〇年3月31日の期間内

※ 期間については最長1年間、但しその年の年度末を区切りとします。

(内容)

月1～2回 〇:〇〇～〇〇:〇〇 (実働〇時間)

年6回程度 〇:〇〇～翌日〇〇:〇〇 (実働〇時間)

※実働時間は拘束時間のうち、休憩、仮眠時間等を除いた時間を記入願います。

4 諸条件

※ 報酬(日給, 月給等), 交通費, 宿泊, 住居の手配等, できるだけ具体的にご記入下さい。

1回〇〇,〇〇〇円 交通費実費

【補足】

医師紹介要請書は下記宛に添付ファイルにてお送りください。

E-mail < [chishien@med.hokudai.ac.jp](mailto:chishien@med.hokudai.ac.jp) >

郵送の場合は下記宛にお送りください。

〒060-8648

札幌市北区北14条西5丁目

北海道大学病院 総務課

地域医療支援室 宛

※諸手続きに時間を要しますので、遅くとも、  
要請希望日の1ヶ月前までに届くよう、  
要請書をお送りいただけましたら幸いです。

もしもご不明な点がございましたらご連絡ください。

担当：地域医療支援室

Tel. 011-706-7603

E-mail [chishien@med.hokudai.ac.jp](mailto:chishien@med.hokudai.ac.jp)