

ドクターショートサポートバンク

登 録 票

(支援要請医療機関用)

受付日	平成 年 月 日	登 録 票 (支援要請医療機関用)															受 付 印									
登録番号	S-																開 設 者 名 (代 表 者 名)	印								
* 医療機関名											TEL () - FAX () - E-Mail :					設置 主体	国・県・市町村 医療法人・個人 ()									
* 住 所	〒															開設 年月	年 月									
病 床 数	一 般 結 核 感 染 症 床 床 ・ 療 養 床 床 ・ 精 神 床 (計 床)										主 な 医 療 備 機 械 ・ 設 備															
職 員 数	職 種 別	医 師	薬 師	看 護 師	准 看 護 師	助 産 師	保 健 師	栄 養 士	診 療 放 射 線 技 師	臨 床 検 査 技 師	臨 床 工 学 技 師	臨 床 心 理 士	理 学 療 法 士	作 業 療 法 士	言 語 聴 覚 士	視 能 訓 練 士	介 護 福 祉 士	看 護 補 助 者	事 務 職 員	そ の 他					合 計	一 日 平 均 患 者 数
	常 勤 数																							入 院 名		
	非 常 勤 数																							外 来 名		
	診 療 科 名 (該 当 に ○ 印)		内 ・ 精 ・ 神 内 ・ 呼 内 ・ 消 内 ・ 循 内 ・ 小 ・ 外 ・ 整 外 ・ 形 外 ・ 美 外 ・ 脳 外 ・ 心 外 ・ 皮 ・ 泌 ・ 産 婦 ・ 産 ・ 婦 ・ 眼 ・ 耳 ・ 放 ・ 麻 ・ 心 内 ・ ア レ ル ギ ー ・ リ ウ マ チ ・ リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン ・ そ の 他 ()																							
連 絡 責 任 者	住 所	〒										交通機関・沿革等(パンフレット等を添付していただければ記入を省略しても構いません)														
	所 属 先 名																					法人等で上記施設と異なる場合に記載				
	職 ・ 氏 名																									
	電 話 番 号	() -																								
	FAX 番 号	() -																								
	E-mail																									

(療1号)

※太線の枠内について、必要事項を記入および該当項目に○印を付けてください。

受付日	平成 年 月 日	登録番号	S-	医療機関名	
支 援 要請内容	*診療科名と人数	1. 科(名) 2. 科(名) 3. 科(名)			
	*年齢	歳から歳・不問			
	*期間	年 月 日から 年 月 日・通年			
	*勤務日 (なるべく詳しく)	1. 随時※ 2. ゴールデンウィーク 3. 夏期休暇(月日から月日) 4. 年末年始(月日から月日) 5. その他: ※随時の場合の指定曜日等:			
	*勤務時間	1. 平日: 時分から時分 2. 土曜日: 時分から時分 3. 日・休日: 時分から時分			
	宿直	有・無			
	報酬 (税込金額)	1日当たり 円、1時間当たり 円 その他: 交通費: 有・無 宿泊費: 有・無			
	その他の希望等				
補償	医療事故等: 有(医師個人・医療施設)・無 通勤災害: 有・無 その他の補償:				
公開の可否	*印のついた項目の内容を医師会報、ホームページ等で公開することに 1. 同意する 2. 同意しない				
バンク 使用欄					

(療2号)

※太線の枠内について、必要事項を記入および該当項目に○印を付けてください。