

(医療機関用 様式1)

受付番号	受付年月日
第 号	令和 年 月 日

ドクター・サポーター制度 in 大阪 登録申込票 (循環器内科・医療機関用)

一般社団法人 大阪府医師会
「ドクター・サポーター制度 in 大阪」 御中

貴会「ドクター・サポーター制度 in 大阪」の規定を遵守し、応援医師を募集します。

令和 年 月 日

医療機関名			
フリガナ		フリガナ	
開設者氏名		管理者氏名	
住 所	〒 - 都道 市区 府県 町村		
	TEL: ()		FAX: ()
	フリガナ		
担 当 者 連 絡 先	氏 名	①	
	所属部署		
	メールアドレス		
	病床数	総数 () 床 / 循環器内科 () 床	
循環器内科医師数	常勤 () 名 / 非常勤 () 名 / レジデント () 名		
各種保険加入有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
宿泊施設等の有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
交通機関			

→裏面に続く

【応援医師希望依頼に関する内容】

雇用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
求人人数	名
勤務形態	<input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 当直 <input type="checkbox"/> その他 ()
勤務時間	(AM ・ PM) 時 分 ~ (AM ・ PM) 時 分 ()
	(AM ・ PM) 時 分 ~ (AM ・ PM) 時 分 ()
	(AM ・ PM) 時 分 ~ (AM ・ PM) 時 分 ()
希望経験年数	<input type="checkbox"/> 希望有 () 年以上 <input type="checkbox"/> 不問
業務内容	1. 外来 (一般 ・ 救急) 2. 病棟 () 3. 休日日直 () 4. 宿直当直 () 5. カテーテル業務 () (1) 夜間救急カテーテル治療に術者 () (2) 時間内 () (3) カテーテル治療に術者応援 (時間内 ・ 時間外) 6. 画像検査業務 () (1) 心エコー (2) 経食道エコー (3) 心臓CT 7. その他 []
必要な経験・知識・技能等	1. 必須 } 2. あれば尚可 } 3. 不問 } []
診療時のバックアップ体制	
待遇等	
備考欄	