勤務環境改善医師派遣等推進事業に係る病院間の合意確認書

　当該補助金を申請するにあたり別表のとおり実施している医師派遣について、派遣元医療機関と派遣先医療機関双方の間に合意があることを誓約します。

　この誓約が虚偽であり、又はこの誓約を反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

令和 年　　月　　日

【派遣元医療機関】

住所（又は所在地）：

医療機関名及び代表者：

【派遣先医療機関】

住所（又は所在地）：

医療機関名及び代表者：

派遣元医療機関問合せ先

電話：

e-mail：

派遣先医療機関問合せ先

電話：

e-mail：

別表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療科 | 派遣期間 | 頻度 | 人数 | 備考 |
| 始期 | 終期 |
| *例　小児科* | *４月１日* | *３月31日* | *週１回* | *1名* | *2名で**ローテーション* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※行が不足する場合は適宜追加してください。