# 代　診　医　依　頼　書

西暦　　年　　月　　日

新潟大学歯学部同窓会　殿

この度下記の通り代診医の派遣を希望致しますのでよろしくお願いします。

1、氏名　　（　　期生）

連絡先　　所在地　〒

電話　　FAX

E-mail

連絡方法（同窓会本人、配偶者、その他：　　）

2、理由

3、期間と診療時間（曜日別等）

4、待遇について

・時間給または日給（　　円、相談に応じて）

・通勤手当て（有・無）　・宿泊手当て（有・無）　・宿泊の準備（有・無）

・その他

5、代診医に対する要望

6、診療の打ち合わせについて

7、歯科医師賠償責任保険加入の有無　　（有・無）

8、その他

| |
|---|
| 連絡先：⇒　新潟大学歯学部同窓会　〒951-8514 新潟市中央区学校町通り二番町 5274 番地<br>TEL＝FAX　025-229-4166 |

本代診医依頼書は求人者の希望と条件が誤解なく代診医に伝わることを目的として作成されております。同窓会としては本依頼書の記載事項に関して秘密厳守に努めるものでありますが、必ずしも万全ではありません。記載事項に差し障りのある箇所が有りましたら記載は不要です。必要に応じて当事者同士での確認をお願いいたします。