（別紙様式１）

令和　　年　　月　　日

　大分大学医学部附属病院長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関等名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

常　勤　医　師　の　紹　介　に　つ　い　て（依頼）

このことについて，下記により，医師の紹介をお願いします。

記

１．医師を必要とする理由

２．診療分野等

３．主な業務内容

４．紹介人数

５．採用希望年月日（雇用の期間に制限があればその期間）

６．本件担当者，連絡先等

７．その他