

緊急時歯科医師派遣システム

派遣歯科医師登録書

平成 年 月 日

氏名 印 () 期生 性別 男・女

所属支部 () 生年月日 年 月 日

住所 (〒 -)

TEL () -

FAX () -

携帯 () -

歯科医籍登録番号

保険医登録番号

医師賠償責任保険の種類

診療可能科目 一般 小児 矯正 口腔外科

診療可能日及び時間

	月	火	水	木	金	土	日
午前	～	～	～	～	～	～	～
午後	～	～	～	～	～	～	～

派遣可能地域

要望、その他

受理番号 -

承認日 平成 年 月 日

派遣申請（依頼）書

平成 年 月 日

申請（依頼）者氏名 印 () 期生

傷病名 * 診断書添付

診療所住所 * 地図添付

(〒 -)

TEL () -

FAX () -

自宅住所

(〒 -)

TEL () -

FAX () -

申請者氏名 印 続柄 ()

住所

(〒 -)

TEL () -

FAX () -

携帯 () -

医師賠償責任保険の種類

診療内容

診療所内容

一日患者数 人 歯科衛生士 人 受付 人

ユニット数 台 歯科助手 人 歯科技工士 人

診療時間

	月	火	水	木	金	土	日
午前	～	～	～	～	～	～	～
午後	～	～	～	～	～	～	～

取引先技工所 TEL () - 担当者

歯科材料店 TEL () - 担当者

派遣歯科医師の宿舎名 * 地図添付

住所 (〒 -)

TEL () -

FAX () -

緊急時歯科医師派遣システム運営委員会委員長

氏名

印

朝日大学歯学部同窓会 緊急時歯科医師派遣システム 契約書 (同窓会会員と派遣歯科医師)

本契約書は、朝日大学歯学部同窓会 緊急時歯科医師派遣システムとして朝日大学歯学部同窓会会員と依頼された派遣歯科医師との間に取り交わされるもので 申請（依頼）会員を甲とし、派遣歯科医師を乙とし、下記の通り契約する。

第1条 乙は下記の場所において下記の業務を朝日大学歯学部同窓会 緊急時歯科医師派遣システム規約に従い誠実に行うものとする。

- ・場所（医療機関名）
（住 所）
- ・業務 歯科診療及び歯科診療に伴う諸事。

第2条 契約期間は、次の通りとする。

・自 平成 年 月 日 ～ 至 平成 年 月 日

第3条 就業時間は、次の通りとする。

	月	火	水	木	金	土	日
午前	～	～	～	～	～	～	～
午後	～	～	～	～	～	～	～

	月	火	水	木	金	土	日
午前	～	～	～	～	～	～	～
午後	～	～	～	～	～	～	～

第4条 甲は乙に対して報酬は、1日30,000円・半日15,000円（税別）とし、それに勤務した日数を乗じた金額を支払う。

第5条 甲は乙に対して通勤出来る場合は、通勤交通費を支給する。又、通勤出来ない場合は、宿泊所を提供するか、宿泊費を支給する。

第6条 甲は乙に対して以下の事項が発生した場合、甲は本契約を解除できる。

- (1) 甲が乙に対して信頼関係を維持できなくなった場合
- (2) 甲が乙に対して診療契約を誠実に履行しないと判断した場合
- (3) その他

第7条 乙は甲に対して以下の事項が発生した場合、乙は本契約を解除できる。

- (1) 乙が甲に対して信頼関係を維持できなくなった場合
- (2) 乙が甲に対して診療契約を誠実に履行しないと判断した場合
- (3) その他

上記契約を証するため本書2通を作成し、署名捺印し各1通を保管する。

また、その写し1通を朝日大学歯学部同窓会 緊急時歯科医師派遣システム運営委員会に提出する。

平成 年 月 日

甲 氏名 _____ ⑩ 住所 _____

乙 氏名 _____ ⑩ 住所 _____

朝日大学歯学部同窓会 緊急時歯科医師派遣システム
事後報告書 (契約書の甲乙双方提出)

報告年月日 平成 年 月 日

システム利用会員名 〒 期生 氏名 TEL () —
--

報告者 いずれかに○を 申請者 続柄 ()・派遣歯科医師 〒 期生 氏名 TEL () — 印
--

派遣期間 年 月 日 () ~ 年 月 日 () (実働日数 日)

就業内容
1日平均患者数 名 診療曜日 日 月 火 水 木 金 土
診療時間 午前 : ~ : 午後 : ~ :

派遣歯科医師報酬	円×	日分	合計金額	_____円
宿泊費	円×	日分	合計金額	_____円
交通費	円×	日分	合計金額	_____円
その他 ()			合計金額	_____円
			総合計金額	_____円

感想

事務局記入欄

備考
