

記入例

仙台市初期救急医療体制確保事業（内科）参加申込書

令和7年9月●日

住所(所在地)	〒980-8671 青葉区 国分町3丁目7-1		
フリガナ	●●ナイカイチョウカクリニク	フリガナ	センダイ ハナコ
医療機関名称	●●内科胃腸科クリニック	代表者職・氏名	院長 仙台 花子

標記事業に参加したいので、下記の通り申し込みます。

1 申込者の基本情報

電話・FAX 番号	電話	022-.....	FAX	022-.....
メールアドレス	@city.sendai.jp			
主な診療科	☒ 内科	☐ その他	()	
担当者	役職	看護師長		
(日中連絡が 取れる方)	フリガナ	アオバ タロウ		
	氏名	青葉 太郎		

2 申込情報※1

☒	I. 内科休日 当番医としての参加	日付	12/28 (日)	12/29 (月)	12/30 (火)	12/31 (水)	1/1 (木)	1/2 (金)	1/3 (土)	1/4 (日)
		協力可否※2	×	○	○	×	○	○	×	×
		希望順位※3		4	3		2	1		
		対応可能日数	協力可否を「○」とした日付のうち最大(					1	)日間対応可能	
☒	Ⅲ. 仙台オー ブン病院への 出務	日付	12/28 (日)	12/29 (月)	12/30 (火)	12/31 (水)	1/1 (木)	1/2 (金)	1/3 (土)	1/4 (日)
		協力可否※2		○	○	×	○	○	×	
		希望順位※3		4	3		2	1		
		対応可能日数	協力可否を「○」とした日付のうち最大(					2	)日間対応可能	
	出務する医師の氏名(フリガナ)	仙台 花子					(センダイ ハナコ)			
I・IIを合わせた対応可能日数 全部で							2	日		

3 連携する保険調剤薬局※4 (有)・院内処方)

住所	青葉区国分町3丁目7-2		
保険調剤薬局名	●●調剤薬局 国分町店		
担当者名	太白 二郎		
電話番号	022-.....	FAX 番号	022-.....

※1 該当する項目を1つ以上選択し、チェック欄にレ点を記入してください。

※2 協力可否について、「○」又は「×」を記入してください。

※3 協力可否に「○」を付けた日付について、希望順位があれば数字を記入してください(第1希望は「1」)。

※4 必ず事前に近隣の保険調剤薬局と調整を行い、申込を行う日時に営業する保険調剤薬局を確認のうえ記入してください(院内処方の場合は確認いただく必要はありません。院内処方の場合は「院内処方」を丸で囲んでください)。

[医療政策課使用欄 (記入不要)]

到達日時	9/ () :	到達方法	☐ 持参 ☐ 郵送 ☐ メール ☐ FAX ☐ その他()	受付者	
------	----------	------	---	-----	--