様式２－２　申請概要

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |

地域の医療提供体制を確保するために、当該医師の派遣が必要であることについて

|  |
| --- |
| 例）※実施している医師派遣をいくつか（３例程度）の業務類型に分類し、記載してください。 |