様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

　　熊本市長　　　　　　　（宛）

住　所

申請者　施設名

代表者

派遣要請書

　　　　熊本市高齢者施設等医療支援チーム派遣事業補助金交付要綱第３条第２号の規定により、下記のとおり、医療支援チームの派遣を要請します。

記

　　　１　要請する施設

　　　　施設名

　　　　施設種別

　　　　住　　所

　　　２　要請する内容

　　　　□　感染制御・業務継続支援

　　　　□　医療支援

　　　３　協力医療機関等の有無

　　　　□　有　　名　称

　　　　　　　　　担当医

　　　　　　　　　連絡先

　　　　□　無

　　　４　その他

　　　　□　協力医療機関等の承諾

【担当者】

　 氏　名

　 連絡先