

当協議会では、これまで被災地への応急的な短期支援医師派遣事業を行ってまいりましたが、被災後3ヶ月を経て被災地の医療環境も救護所から仮設診療所、保険診療へと変化してきており、かつ民間の診療所や被害が軽度であった中・小病院の診療体制も大学等からの支援もあり元に戻りつつあります。

したがいまして、ご登録いただいた医師を短期間被災地に派遣するという、これまでのシステムでは、現在の被災地のニーズに必ずしも合致しなくなっていることから、今後は被災地からの要請により、被災地のニーズにあった医師の派遣へと移行いたしたく考えております。

これまでのご支援ご協力に感謝申し上げますとともに、本趣旨をご理解賜り、引き続きのご支援ご協力を宜しくお願い申し上げます。

東日本大震災に係る診療支援について (中・長期支援医師募集)

1 募集職種

医師 個人でもチーム(医師、看護師等の構成)でも可

※チームの場合は、お手数でも

支援センター電話03-3261-8558 (直通)まで

ご連絡頂きたいをお願いします。

2 派遣地域

岩手県、宮城県及び福島県内の被災地域から支援要請があった病院又は地域

3 募集及び派遣期間

募集期間は平成23年7月～当分の間

派遣期間は原則2週間以上

4 活動内容

当該地域での診療活動

5 応募方法

別紙「東日本大震災・被災地域診療支援医師登録票」でご応募願います。

6 報酬等

この診療支援は原則無報酬となっておりますが、宿舎及び食事は現地でご用意させていただきます。

7 その他

先生方からご提供された個人情報につきましては、今般の東日本大震災被災地域への診療支援事業についてのみ利用させていただきます。また、個人情報保護の観点から厳重に取り扱わせて頂くこと念のため申し添えさせていただきます。

～ 別紙「東日本大震災・被災地域診療支援医師登録票」へ続く

FAX送付先 03-3261-1845
自治体病院・診療所医師求人求職支援センター宛

東日本大震災・被災地域診療支援医師登録票

ふりがな			
氏名			
性別		生年月日	西暦 年 月 日 歳
連絡先	〒		
	TEL	FAX	E-mail
専門診療科			医籍登録番号

希望地域	岩手県	宮城県	福島県	(該当に○を付けて下さい)
支援可能な期間	2～3週間程度	1ヶ月程度	それ以上	(該当に○を付けて下さい)
支援可能な時期	平成23年	月	日頃～	日間 (なるべく具体的に記入をいただきたくお願い致します)
その他				

*なお、繰り返しになり恐縮に存じますが、今後は被災地からの要請により派遣の調整をさせていただきますことを
ご了承ください。したがって、ご登録戴いた内容と合致いたしました場合は、改めて当方からご連絡させて
戴きますので宜しくお願いいたします。

◆FAX送付先

社団法人 全国自治体病院協議会

自治体病院・診療所医師求人求職支援センター

〒102-8556東京都千代田区紀尾井町3-27 剛堂会館6階

TEL 03-3261-8558(直通) FAX 03-3261-1845 E-Mail center@jmha.or.jp

担当: 岡本、小國、中沢