（1.非常勤医師等の長期兼業の場合）

西暦　　　　年　　月　　日

　　　千　葉　大　学　長　　殿

 　○○○○病院長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○　○　○　○　　　印

非常勤医師の派遣について（依頼）

　このことについて，本院における診療（指導）のため，貴管下職員を下記により派遣下さるようお願いいたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 所属・職 | 期　　間 | 勤務態様 | 手　当 |
| 千 葉 太 郎 | 医学部附属病院○○○科助教 | 西暦○年○月○日～西暦○年○月○日 | 毎週○曜日○時～○時（○時間）○○科外来診療（指導） | １回○○○円１時間○○円 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本件に関する問い合わせ先

担当者　　○○係　○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　〒123-4567

○○市○○町１２３

ＴＥＬ　　043-123-4567

（2.非常勤医師以外長期兼業の場合）

西暦　　　　年　　月　　日

　国立大学法人

　　　千　葉　大　学　長　　殿

 ○○○○株式会社

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役　　○　○　○　○　　　印

医師の派遣について（依頼）

　このことについて，下記のとおり○○○（委員）を委嘱したく，貴管下職員を派遣下さるようお願いいたします。

　なお，派遣依頼者名（法人等の名称のみ），手当等金額及び派遣職員所属診療科等の名称が貴学ホームページに公表されることについて，**了承します・了承しません。**

記

　　　　１．委員会名　　○○委員会　○○委員（非常勤）

　　　　２．任　　期　　西暦○年○月○日から西暦○年○月○日まで

（毎週○○曜日・○○時から○○時まで　○○時間）

　　　　３．氏　　名　　○○○科　助教　　○　○　○　○

　　　　４．報　　酬　　月　○○円、１回　○○円

　　　　５．そ の 他　　交通費・宿泊費　実費負担or無し等の記載

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本件に関する問い合わせ先

担当者　　○○係　○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　〒123-4567

○○市○○町１２３

ＴＥＬ　　043-123-4567

※　委員会の規程等（業務内容がわかるもの）を添付してください。

※　本学が公的機関として，社会に対して企業等からの資金提供状況の透明性を確保するため，派遣依頼者名（法人等の名称のみ），報酬金額及び派遣職員所属診療科等の名称を本学ホームページに公表することへのご了解をお願いしております。

公表につきましては，派遣依頼文中の**≪了承します≫・≪了承しません≫**のいずれか一方を

削除のうえ，ご提出願います。

（3.講演会講師等の短期兼業の場合）

西暦　　　　年　　月　　日

　国立大学法人

　　　千　葉　大　学　長　　殿

 ○○○○株式会社

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役　　○　○　○　○　　　印

講演会講師の派遣について（依頼）

　このことについて，下記のとおり開催いたしたく，貴管下職員を派遣下さるようお願いいたします。

　なお，派遣依頼者名（法人等の名称のみ），手当等金額及び派遣職員所属診療科等の名称が貴学ホームページに公表されることについて，**了承します・了承しません。**

記

１．日　　時　　西暦○年○月○日（○）　○時～○時（○時間）

２．場　　所　　○○○会館　○○市○○町１２３

３．氏　　名　　○○○科　助教　　○　○　○　○

４．講演題目　　○○○○○○○○○○

５．対 象 者　　○○○○

６．手 当 等　　○○○○円

７．そ の 他　　交通費・宿泊費　実費負担or無し等の記載

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本件に関する問い合わせ先

担当者　　○○係　○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　〒123-4567

○○市○○町１２３

ＴＥＬ　　043-123-4567

※　本学が公的機関として，社会に対して企業等からの資金提供状況の透明性を確保するため，派遣依頼者名（法人等の名称），手当等金額及び派遣職員所属診療科等の名称を本学ホームページに公表することへのご了解をお願いしております。

公表につきましては，派遣依頼文中の**≪了承します≫・≪了承しません≫**のいずれか一方を

削除のうえ，ご提出願います。

（4.原稿執筆等の兼業の場合）

西暦　　　　年　　月　　日

　国立大学法人

　　　千　葉　大　学　長　　殿

 ○○○○株式会社

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役　　○　○　○　○　印

原稿執筆について（依頼）

　このことについて，貴管下職員 ○○ ○○ 殿に,下記要項で原稿執筆を依頼いたしたくお願い申し上げます。

　なお，派遣依頼者名（法人等の名称のみ），手当等金額及び派遣職員所属診療科等の名称が貴学ホームページに公表されることについて，**了承します・了承しません。**

記

○○○○科　　助教　　○○ ○○ 殿

１．掲載雑誌　　　　1）雑　誌　名：『○○○○』○巻○号（○○年〇月号）

　　　　　　　　　　2）出　版　元：○○○○株式会社

　　　　　　　　　　3）発行予定日：西暦○○年○○月○○日

２．執筆内容　　　　1）テ　ー　マ：「○○○○」

　　　　　　　　　　2）目　　　的：○○について臨床事例を踏まえたアドバイスをレクチャーするため

　　　　　　　　　　3）文　字　数：○○文字程度（Ａ４○枚程度）

　　　　　　　　　　4）対　象　者：医師、看護師、臨床検査技師、医療従事者　等

３．執筆期間　　　　西暦○○年○○月○○日～西暦○○年○○月○○日

　　　　　　　　　　（原稿締切日：西暦○○年○○月○○日）

４．報酬（原稿料）　○○○○円

５．そ の 他　　交通費・宿泊費　実費負担or無し等の記載

本件に関する問い合わせ先

担当者　　○○係　○○○○

住　所　　〒123-4567

○○市○○町123

ＴＥＬ　　043-123-4567

※　本学が公的機関として，社会に対して企業等からの資金提供状況の透明性を確保するため，原稿執筆依頼者名（法人等の名称），報酬（原稿料）金額及び原稿執筆職員所属診療科等の名称を本学ホームページに公表することへのご了解をお願いしております。

公表につきましては，派遣依頼文中の**≪了承します≫・≪了承しません≫**のいずれか一方を

削除のうえ，ご提出願います。