

△△年△△月△△日

国立大学法人浜松医科大学長 殿

〇〇病院長 〇〇 〇〇

公
印

職員の派遣について（依頼）

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、このたび下記のとおり「〇〇講習会」を開催いたします。

つきましては、貴学職員 ××講座 〇〇 〇〇 教授に講習会講師をお願いいたしたく、ご依頼申し上げます。何卒ご高配のほど宜しくお願い申し上げます。

なお、本人には内諾を得ていることを申し添えます。

敬具

記

名称：〇〇講習会

日時：△△年△△月△△日（土） 16：15～19：15（3時間）

場所：〇〇病院 研修室

目的：〇〇についての知識普及、地域医療への貢献

参加対象者：主に本院入職後3～5年目の医療職員

謝金：△△,△△△円（源泉税込）

交通費：実費支給

その他：本件について、「企業等からの資金提供状況の公表に関するガイドライン」に基づき、情報を公開いただくことは差支えありません。

以上

本件に関する連絡先

〒：△△△-△△△△

〇〇市〇〇区〇〇△-△

〇〇病院〇〇課（担当者氏名）

TEL：△△△-△△△-△△△△

記入上の注意事項

※日付については確定日付を記入してください
(吉日等は使用しないでください)

△△年△△月△△日

国立大学法人浜松医科大学長 殿

〇〇病院長 〇〇 〇〇

公
印

職員の派遣について (依頼)

※依頼者の氏名を明記願います。

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し

さて、このたび下記のとおり「〇〇講習会」を開催いたします。

つきましては、貴学職員 ××講座 〇〇 〇〇 教授に講習会講師をお願いいたしたく、ご依頼申し上げます。何卒ご高配のほど宜しくお願い申し上げます。

なお、本人には内諾を得ていることを申し添えます。

敬具

※報酬 (謝金、講師料他名称問わず) の有無、
および有の場合は金額を明記願います。

「規程による」等金額の明記がない場合、
後日、担当者様に問い合わせさせていただくことがあります。

※「企業等からの資金提供状況の公開に関するガイドライン」に基づく情報公開に関して、
同意の有無がわかる文面を明記願います。

参加対象者：主に本院入職後3～5年目の医療職員

謝金：△△,△△△円 (源泉税込)

交通費：実費支給

その他：本件について、「企業等からの資金提供状況の公表に関するガイドライン」に基づき、情報を公開いただくことは差支えありません。

以上

※本学の手続き上、必要な事項に不明な点がある場合、
担当者様宛に問い合わせをさせていただくことがござ
いますので、必ずご記入願います。

本件に関する連絡先
〒：△△△-△△△△
〇〇市〇〇区〇〇△-△
〇〇病院〇〇課 (担当者氏名)
TEL：△△△-△△△-△△△△