平成　　年　　月　　日

ＪＣＨＯ東京山手メディカルセンター

　　　　　　　　　様

所 在 地：

事業所名：

代表者名：　　　　　　　　　　　　印

非常勤医師の委嘱について（依頼）

このことについて、貴殿に下記のとおり委嘱したいので、ご承諾くださいますようお願いいたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | 職名 | ： |  |
| 2. | 従事内容 | ： |  |
| 3. | 従事する場所 | ： | （名称）（住所） |
| 4. | 委嘱期間 | ： | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 |
| 5. | 勤務態様 | ： | □毎週　　曜日／□月　　回 第　・　曜日／□不定期・期間中　回　　　時　　分　～　　　時　　分【実働　　時間】 |
| 6. | 報酬 | ： | □　無□　無（□交通費／□旅費の支給有り）□　有　　　　　　円　（□１時間・□１回・□１ヶ月・□期間中） |
| 7. | 担当者連絡先 | ： | （住所）（部署／担当者名）（TEL/FAX）（メールアドレス） |
| 8. | 備考 | ： |  |

※必要な項目の記載があれば、依頼元の任意書式による依頼状で構いません

（事務使用欄）---------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 院長 | 副院長 | 副院長 | 副院長 | 事務部長 | 総務企画課長 | 職員係長 |  | 職場長 | 申請者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

平成　　年　　月　　日

記載例

ＪＣＨＯ東京山手メディカルセンター

貴事業所の所在地・名称・代表者名記載（押印）

　　　　　　　　　様

所 在 地：

依頼する者の職氏名を記載

事業所名：

代表者名：　　　　　　　　　　　　印

非常勤医師の委嘱について（依頼）

このことについて、貴殿に下記のとおり委嘱したいので、ご承諾くださいますようお願いいたします。

貴事業所での職名を記載

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | 職名 | ： | 例：外来業務など注意：診療に携わる内容の場合は従事内容の下に「※ただし、(通常の診療行為以外の)業務上の責任を負わない。」などと記載してください。 |
| 2. | 従事内容 | ： |  |
| 3. | 従事する場所 | ： | （名称）（住所） |
| 4. | 委嘱期間 | ： | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 |
| 5. | 勤務態様 | ： | □毎週　　曜日／□月　　回 第　・　曜日／□不定期・期間中　回　　　時　　分　～　　　時　　分【実働　　時間】 |
| 6. | 報酬 | ： | □　無□　無（□交通費／□旅費の支給有り）□　有　　　　　　円　（□１時間・□１回・□１ヶ月・□期間中） |
| 7. | 担当者連絡先 | ： | （住所）・4.委嘱期間は、最大１年間若しくはその年度の年度末までとして下さい。・5.勤務態様、6.報酬については□にチェックを入れて下さい。・4,5,6についての特記事項は8.備考に記載して下さい。（部署／担当者名）（TEL/FAX）（メールアドレス） |
| 8. | 備考 | ： |  |

※必要な項目の記載があれば、依頼元の任意書式による依頼状で構いません

（事務使用欄）---------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 院長 | 副院長 | 副院長 | 副院長 | 事務部長 | 総務企画課長 | 職員係長 |  | 職場長 | 申請者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |