

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

記載例

平成 年 月 日

JCHO 東京山手メディカルセンター

様

依頼する者の
職氏名を記載

所在地：
事業所名：
代表者名：

貴事業所の所在地・
名称・代表者名記載
(押印)

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

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
5. 勤 務 態 様 : 毎週 曜日 / 月
時 分 ~ 時 分 【実働 時間】
6. 報 酬 : 無
 無 (交通費 / 支給有り)
 有 円 (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 :

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。

・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。

※必要な項目の記載があれば、依頼元の任

(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