20　　年　　月　　日

独立行政法人　地域医療機能推進機構

東京山手メディカルセンター院長　殿

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、貴院所属　　　　　　　医師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 | ： | 20　　年　　月　　日　～　20　　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

20　　年　　月　　日

記載例

独立行政法人　地域医療機能推進機構

貴事業所の所在地・名称・代表者名記載（押印）

東京山手メディカルセンター院長　殿

作成日（委嘱期間開始日より前の日付）

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、貴院所属　　　　　　　医師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 | ： | 20　　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2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