

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

記載例

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

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：

貴事業所の所在地・
名称・代表者名記載
（押印）

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

1. 職 名 : _____
2. 従 事 内 容 : _____
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。
3. 従事する場所 : (名称)
(住所)
4. 委 嘱 期 間 : 20__年__月__日
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 :

- ・ 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。

※必要な項目の記載があれば、依頼元の任