

医 師 派 遣 要 請 書

20XX 年 4 月 1 日

医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院
院長 古田 康 殿

住所 〒 000-0000 札幌市〇〇区〇〇条〇丁目〇番〇号
名称 〇〇〇〇〇会社
代表者 札幌 花子
担当者：札幌 太郎
電話番号：011-234-5678
e-mail：XXXXX@hospital.ne.jp

次のとおり貴院所属の医師派遣を要請します。

記

1. 派遣実績及び従事内容（該当に☑を付け、職務内容を具体的に記入してください）
☑新規派遣 ☐継続派遣 ☐講演 ☐講師 ☐座長 ☐司会 ☐会議 ☑その他（コメンテーター）
内容 第10回〇〇学会ランチョンセミナー、Case I「△△の診断と治療について」でのコメンテーター
2. 従事者
(1) 所属 消化器内科 ※ 事前に本人の同意を得たうえで手続をお願いします
(2) 氏名 手稲 仁
3. 派遣日時（日程、曜日、時間等、具体的に記入してください）
20XX 年 7 月 1 日（土）12：00～13：00
4. 場所（会場名、住所等、具体的に記入してください）
△△ホテル 2 階大ホール、〒123-4567 東京都〇区△丁目 X-X 03-1234-5678
5. 諸条件（報酬、交通費、宿泊等、具体的に記入してください）
謝礼：102,000 円（消費税、源泉徴収額を控除後の金額）、交通・宿泊費：実費相当分を当社が負担、
食事：弁当の提供有り
6. 病院長の承諾書（該当に☑をつけてください） ☐必要 ☑不要
承諾書は原則お送りしておりません。必要な場合は返信用封筒（宛名記入・切手貼付）を同封の上、
本状と併せて働き方改革対策課までご郵送ください。（〒006-8555 札幌市手稲区前田 1 条 12 丁目 1-40）

※手稲溪仁会病院記入欄

院長	担当副院長	担当院長補佐	経営管理部長	経営管理次長	総務課	働き方改革対策課	所属長