

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：XXXXXX@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	働き方改革担当	所属長

承諾：可・否

取扱No（ ）