

発信番号：〇〇〇第×××号
日 付：〇〇年〇〇月〇〇日

兼業依頼状（診療応援以外）

東北医科薬科大学
学 長 殿

所在地(〒) 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇
機関名 〇〇法人〇〇〇協会
代表者 理事長 〇〇 〇〇 （公印省略）

標記のことについて、下記のとおり委嘱したいので、よろしくお取り計らい願います。

記

兼業の内容について（該当する項目（□）にチェックし、必要事項を記載してください。）

1	兼業従事者氏名： 〇〇 〇〇 所属：診療科および教室名 職名：講師
2	依頼する役職名：〇〇〇セミナーの講演演者 職務内容： ※必要に応じて案内（プログラム）や会則などの参考資料も添付下さい。 ・〇〇市民対象の講演会において〇〇をテーマとして「〇〇〇〇」の講演を行なう
3	従事日・従事場所： 日時：平成〇年〇月〇日（曜日） 〇〇時から〇〇時 【計 〇〇時間】 （外部委員・例）平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日（3 か月に 1 程度 会議） 場所：〇〇ホテル〇〇の間（〇〇市〇〇町〇-〇）
4	報酬 ■あり（1 回〇〇〇〇〇、1 時間〇〇〇〇〇円） □なし □旅費のみ（〇〇〇〇円）
5	兼業従事者本人の承諾 ■あり □なし
6	東北医科薬科大学長の回答書： □ 必要 （回答書は原則お送りしておりません。回答書が必要な場合は、本状と併せて、返信用封筒（宛名記載・切手貼付）を同封の上、郵送にてお送り下さい。）
7	連絡先： 住所：〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇 機関名：〇〇法人〇〇〇協会 担当者（所属・氏名）：事務局総務部 〇〇 〇〇 連絡先： E-mail 0000@0000.jp TEL 000-000-0000 FAX 000-000-0000
8	その他（特記事項） 〇〇ガイドラインに基づき策定した弊社の指針に従い、上記謝金に関する情報を弊社ウェブサイト等で公開させていただきます。

※以下、本学使用欄につき、記入不要です。

本件兼業について、許可します。
（許可日） 年 月 日 東北医科薬科大学 学長 大野 勲（公印省略）