

派遣要請依頼書

文書番号を記入願います。
(文書番号がない場合は記入不要です。)□ □ 第 ○ ○ 号
令和 年 月 日

みやぎ県南中核病院企業団企業長 殿

所在地：宮城県○○郡○○町○○字○○

団体名：(株)○○会社

代表者：

印

下記職員に業務を依頼したいので、派遣くださるようお願いいたします。

| | | |
|-------|---|---------------------------------|
| 担当部署 | (株)○○会社○○課 | 担当者：大河原 花子 |
| 連絡先 | 電話：0123-45-6789 | e-mail：△△△@○○○○ |
| 従事者 | 職名：○○科診療部長 氏名：中核 太郎 | |
| 依頼内容 | 例1) ◇◇病院職員に対する講演 例2) ○○セミナー座長 等 | |
| 講演内容 | 「○○についての病態や治療について」 | |
| 対象者 | 例1) ◇◇病院職員 例2) ○○医師会 医師 等 | |
| 勤務態様 | 日程 | 令和○○年○○月○○日 (○) |
| | 場所 | ◇◇◇病院 〒123-4567 宮城県△△郡△△町字△△ |
| | 時間 | 18時00分～20時00分 (講演時間1時間) |
| 報酬 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <u>1</u> (月・日・回・ <u>時間</u>) につき 20,000円 | |
| 所得税 | <input checked="" type="checkbox"/> 抜 <input type="checkbox"/> 込 (税額：) | |
| 旅費 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <u>1</u> (月・日・ <u>回</u> ・時間) につき 5,000円 | |
| その他支給 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食事提供 [軽食]) | |

※中核病院記入欄

| 企業長 | 病院長 | 事務部長 | 総務課長 | 所属長 | 係 | |
|---|-----|-----------------|------|---------|---|--|
| | | | | | | |
| 日当支給： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 許可年月日： 令和 年 月 日 | | | | |
| 旅費支給： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 会場までの移動時間(時間) | | その他 () | | |

派遣要請依頼書

文書番号を記入願います。
(文書番号がない場合は記入不要です。)□ □ 第 ○ ○ 号
令和 年 月 日

みやぎ県南中核病院企業団企業長 殿

所在地：宮城県△△郡△△町△△字△△

団体名：△△町役場

代表者：町長 ◇◇ ◇◇

印

下記職員に業務を依頼したいので、派遣くださるようお願いします。

| | | |
|-------|--|---------------------------------------|
| 担当部署 | △△町役場○○課 | 担当者：大河原 花子 |
| 連絡先 | 電話：0123-45-6789 | e-mail：△△△@○○○○ |
| 従事者 | 職名：○○科診療部長 氏名：中核 太郎 | |
| 依頼内容 | 例1) ◇◇会議 例2) ◇◇委員会 等 | |
| 会議内容 | | |
| 参集範囲 | 例1) △△町担当者 例2) ◇◇委員会委員 等 | |
| 勤務様 | 日程 | 令和○○年○○月○○日 (○) |
| | 場所 | △△町役場 ○階会議室 〒123-4567 宮城県△△郡△△町字△△ |
| | 時間 | 14時00分～16時00分 |
| 報酬 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月・日・回・時間)につき 円 | |
| 所得税 | <input type="checkbox"/> 抜 <input type="checkbox"/> 込 (税額：) | |
| 旅費 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月・日・回・時間)につき 円 | |
| その他支給 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | |

※中核病院記入欄

| 企業長 | 病院長 | 事務部長 | 総務課長 | 所属長 | 係 | |
|---|-----|-----------------|------|-----|---|--|
| | | | | | | |
| 日当支給： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 許可年月日： 令和 年 月 日 | | | | |
| 旅費支給： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | その他 () | | | | |
| 会場までの移動時間(時間) | | | | | | |