

## 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  
平成 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	総務課	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	平成○○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：平成 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 ( )		

会議出席 記入例

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  
平成 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。

Table with 10 rows and 2 columns. Rows include: 担当部署 (総務課), 連絡先 (電話: 0123-45-6789), 従事者 (職名: ○○科診療部長), 依頼内容 (例1) ◇◇会議), 会議内容, 参集範囲 (例1) △△町担当者), 勤務様 (日程, 場所, 時間), 報酬 (無), 所得税 (抜), 旅費 (無), その他支給 (無).

※中核病院記入欄

Table with 6 columns: 企業長, 病院長, 事務部長, 総務課長, 所属長, 係. Includes fields for 日当支給, 旅費支給, 会場までの移動時間, and 許可年月日.