

依頼状 (病院用)

近畿大学病院長 殿 下記業務内容を貴学職員に依頼したいので、よろしくお取り計らい願います。 団体名 代表者役職名 代表者名 印		文書番号 : _____ 文書発行日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 依頼元法人の所在地 〒 担当部署、担当者、連絡先電話番号	
事業内容		期間 (長期の場合) ※当年度内に限る <input type="checkbox"/> 年 _____ 月 _____ 日 から 年 _____ 月 _____ 日 まで (年・月・期間内) につき _____ 回 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 1回あたり _____ 時間 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	
業務従事者	所 属 _____	(短期の場合) <input type="checkbox"/> 年 _____ 月 _____ 日 (_____) : ~ : <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	職 名 _____	※ 執筆の場合は、締切日と執筆目安時間を記入	
	氏 名 _____	報酬 <input type="checkbox"/> 有 _____ (月・日・回・時間) につき _____ 円 (消費税込) <input type="checkbox"/> 無	
委嘱する職名	職務内容	旅費 <input type="checkbox"/> 有 _____ 円 (消費税込) 原則実費支給をお願いします <input type="checkbox"/> 無 (支給しない理由 : _____)	
	場 所	宿泊費 <input type="checkbox"/> 有 _____ 円 (消費税込) 原則実費支給をお願いします <input type="checkbox"/> 無 ↑必ず有・無いいずれかにチェックし、金額まで漏れなくご記入ください	
		その他特記事項 (_____) ※支給方法が振込以外の場合 : チケット支給・その他 (_____)	
入金予定日 年 _____ 月 _____ 日 ※期日は翌月 20 日までとする ※報酬および旅費の支払いは学校法人近畿大学【三井住友銀行 河内長野支店 普通預金口座番号 847006】へご入金ください <input type="checkbox"/> 了承 ※振込元名義 <input type="checkbox"/> 依頼元と同様 <input type="checkbox"/> 依頼元と異なる (名義 : _____) 本依頼状に対する回答書 (許可書) 必要の有無 <input type="checkbox"/> 有 (要返信用封筒) <input type="checkbox"/> 無			

※業務従事者記入欄

上記業務に従事したいので許可を申請します。

年 _____ 月 _____ 日

部署名 _____

氏 名 _____

所属長の承認印

--	--

※報酬・旅費・宿泊費は、原則として大学への振込をお願いいたします。(現金支給は厳禁)

令和 7 年 4 月 1 日改訂

報酬は大学より従事者への支払い(給与支払い等)はございません。源泉徴収の取り扱いにご注意ください。