

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）※ <u>当年度内に限る</u> <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（ _____ ） ※ 執筆の場合は、締切日と執筆目安時間を記入	
	職 名			
	氏 名			
委 嘱 する 職 名			報酬 <input type="checkbox"/> 有 _____（月・日・回・時間）につき _____ 円（消費税込） <input type="checkbox"/> 無	
職 務 内 容 ・ 場 所			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： _____）	
			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 _____ 印

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）

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。

令和 7 年 4 月 1 日改訂