年　　　月　　　日

公立大学法人

　横浜市立大学　理事長　様

所在地

機関名

代表者　　　　　　　　印

医師の派遣について（依頼）

当○○○○○○○○○病院での診療指導および地域医療への協力のため、次のとおり教員を派遣されたくお願い致します。なお、当方ではいわゆる名義貸しに関わる行為を一切行わない旨申し添えます。

１　派遣医師

○○○○

２　業務内容

○○○○

３　派遣期間（期日）

　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日

週１回　●曜日

４　勤務時間

○○：○○～○○：○○

５　勤務場所

○○○○○○

６　報酬額

○○○○○円／１回

７　その他

代替医師の要・否など