**地域医療協力**

教員派遣依頼書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

○○○○○○○○○について（依頼）

当○○○○○○○○○病院での診療指導及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いたします。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。

**必ず記載のこと**

１　派遣教員

　　所属○○科　○○○○○

２　業務内容

　　○○○○○○○○○に関する診療指導及び地域医療への協力

３　派遣期間（期日）

　　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

〔年　　回〕、〔月　　回〕、〔週　　回〕、〔第　曜日〕定期・不定期

４　勤務時間

　　○○：○○～○○：○○

５　勤務場所

　　○○○○○○○○○○○○

６　報酬額

　　○○○○○○円／１回

７　その他

　　○○○○○○○○○○○○

※　７　その他　は承諾書の要・否、代替教員の要・否を記入してください。