依頼状を作成する日付を入力してください。
遡及は認められません。
西暦・和暦いずれでも差し支えございません。

2024年 4月 1日

東京大学医科学研究所 所長 殿

原則、所属長からの回答文書は発行を省略しております。
承諾書が必要な場合は「御承諾（同意）の際は別紙の承諾書（同意書）をお送り願います。」を不要な場合は空白を選択してください。

依頼する職名を入力してください。教職員の職名（教授等）ではございません。

公益財団法人 △△△××〇〇
理事長
〇 〇 × ×

(公印省略)

[非常勤講師] の委嘱について

東京大学医科学研究所〇〇分野 [教授・〇〇 〇〇] に下記のとおり依頼します。
御承諾（同意）の際は別紙の承諾書（同意書）をお送り願います。

記

依頼する教職員の所属、職名、氏名（姓名）を入力してください

件名と同様の、依頼する職名を入力してください。

- 1. 従事する職名：非常勤講師
- 2. 従事内容及び責任の程度：「〇〇〇〇」講義における非常勤講師
上記以外の業務上の責任は一切負わない。

依頼する業務内容について入力してください。
講演等の場合、講演内容・テーマもあわせて入力してください。

従事する場所・住所について入力してください。
都内等、場所が定まっていない場合は必ず「ただし、東京大学外」と記載してください。

従事する日付を入力してください。
西暦・和暦は右上の依頼日と合わせてください。

- 3. 従事する場所：公益財団法人 △△△××〇〇 会議室
〇〇県〇〇市〇〇〇〇-〇
- 4. 期間：2024年 6月 1日

報酬の単位・金額（控除前）を入力してください。
「〇〇〇〇」の規定に基づき支給する等、別の資料に記載がある場合は資料を添付してください。

- 5. 勤務態様：期間中1回
(補足事項・自由記述) _____
1回 8 時間 [10 時 00 分 ~ 18 時 00 分 (うち休憩 60分)
- 6-1. 報酬：1回 80,000 円 (有の場合金額を記載)
- 6-2. 旅費：有

1回あたりの従事時間を入力してください。
時間帯が決定している場合、その時間も入力してください。
休憩時間がある場合、括弧内に入力してください。

旅費・交通費支給の有無について回答してください。
金額や支給方法等の記載は不要です。

- 7. 東京大学との共同研究・受託研究・治験契約の有無：無
(※有の場合は、契約の内容と依頼する内容との関連について記入してください)
- 8. 「企業等からの資金提供状況の公表に関するガイドライン」(国立大学附属病院院長会議) における金額等の公表について：同意する

東京大学との間に共同研究・受託研究・治験契約があるか選択してください。
研究・契約等がある場合、その契約内容及び本依頼と関連があるかをお教えてください。

(※従事内容が診療行為の場合は、公表対象外を選択してください)

当該ガイドラインにおける各項目の公表について同意するか選択してください。
ただし、従事内容が診療行為の場合は「公表対象外」を選択してください。

- 9. 担当者連絡先
住所：〇〇県〇〇市〇〇〇〇-〇
部署/担当者名：××部××課 〇〇 〇〇
TEL：〇〇-△△△△-××××
メールアドレス：〇〇〇〇@△△.××

ご担当者様のご住所・所属部署・ご氏名・お電話番号・メールアドレスを入力してください。

以上