　　　年　　　月　　　日

東京大学医科学研究所　所長　殿

法人名

代表者職名

代表者名

　（公印省略）

〔　依頼する職名　〕の委嘱について（依頼）

東京大学医科学研究所○○分野　〔　職 名　･　氏　　名　〕　に下記のとおり依頼します。

アイテムを選択してください。

記

１．従事する職名：

２．従事内容及び責任の程度：

上記以外の業務上の責任は一切負わない。

３．従事する場所：〔東京大学外の住所等〕

（※オンライン会議等の場合も本学での従事は認められません。教員の自宅、都内会議室とする等必ず学外であることを明記してください。）

４．期間：　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（※2年を超える場合は任期を定めた規程等を添付）

５．勤務態様：アイテムを選択してください。　　　　　　アイテムを選択してください。

（補足事項・自由記述）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（例：第4水曜日）

1回　　時間　　分 [　　　　時　　　　分 ～ 　　　時　　　分（うち休憩　　　分）]

６-１．報酬：　アイテムを選択してください。　　　　　　　円（有の場合金額を記載）

６-２．旅費交通費：　アイテムを選択してください。

７．東京大学との共同研究・受託研究・治験契約の有無　：アイテムを選択してください。

（※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」（国立大学附属病院長会議）における企業等名、金額等の公表について：アイテムを選択してください。

　　　　　　　　　（※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）

９．担当者連絡先　　住所：

　　　　　　　部署/担当者名：

　　　　　　　TEL：

　　　　　　　　　　メールアドレス：

以上