

(西暦) 年 月 日

J R 仙台病院長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

団体名 \_\_\_\_\_

代表者職氏名 \_\_\_\_\_

## 兼 業 依 頼 書

貴院の下記医師に兼業を依頼したいのでご同意くださるようお願いいたします。

従 事 者 名		
業 務 内 容		
勤 務 形 態	診察 <input type="checkbox"/> 日直・宿直 <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ( ) 1回あたり _____時間 _____分	毎月 第 _____ 曜日 毎週 _____ 曜日 1回 _____ 年 _____ 月 _____ 日 その他【 _____ 】
勤 務 時 間	1回あたり _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分まで (休憩 _____ 分) ※勤務時間が複数の場合は【 _____ 】内に記載 【 _____ 】	
報 酬	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 【1回につき _____ 円 (税込)】 その他【 _____ 】	
旅 費	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 【備考: _____ 】	
上記内容の利益相反について <input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません		
〔備考〕		

### 【ご担当者】

担 当 者	
担 当 部 署	
連絡先電話番号	
メールアドレス	