利害関係者からの講師派遣等又は会合等への出席依頼書（承認申請書）

令和　　年　　月　　日

国立大学法人旭川医科大学長　　殿

所在地（〒）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会社名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

下記により、貴学職員に講師派遣等又は会合等への出席を依頼したいので、よろしくお取り計らい願います。

記

　　１．講師派遣等又は会合等への出席依頼職員

所属・職名　　　　　　　　　　　　氏名

　　２．依頼する役割・名称等　※開催案内、プログラム等があれば添付して下さい。

役割・名称

内容・目的

会場場所

３．依頼期間 　　令和　　年　　月　　日　　曜日（　　時　　分　～ 　時　　分）

 令和　　年　　月　　日　　曜日　 ～ 令和　　年　　月　　日　　曜日

（　　時　　分　～ 　時　　分）

　　４．報酬　　　 　□有　報酬額　　　　　　　円　　□無

５．旅費実費相当 □有（ﾀｸｼｰﾁｹｯﾄ含む）　　　 □無　※ﾀｸｼｰﾁｹｯﾄは公共機関がない場合のみ提供可

　　６．飲食の提供　 　　　　 □有　　　　　　□無

　　　　　形式　□立食　（一人当たり　　　　　円（□出席者負担）　出席予定人数　　　　人

※立食形式は２０名程度以上の出席がなければ提供に応じられません。

 □弁当・軽食　※簡素な飲食に限ります。（一人当たり　　　　　円（□出席者負担））

 □その他（　　　　　）→内容によっては認められない場合があります。

７．回答返信 　　□不要　□要（□FAX　　□E-mail　　□郵送※返信用封筒をご用意下さい。）

　　８．担当者 氏名　　　　　　　電話　　　　　　FAX

　　　　　E-mail

　　９．備考（　　　　　　　　　　　　　）※依頼者と主催者が異なる場合などについて記入してください。

本件を□日本製薬工業協会の定める「企業活動と医療機関等の関係の透明性ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ」　　　　　　　□日本医療機器産業連合会の定める「医療機器業界における医療機器等との透明性ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝ」に基づき、公開します。

※該当する場合、□にチェックを入れて下さい。

**※（以下は本学使用欄ですので記入不要です。）**

|  |
| --- |
| **届出書　※（届出者が記入）** 上記の依頼内容について届出します。　　令和　　年　　月　　日　　署名　　　　　　　　　 |
| 本件について、承諾します。　　　　　　令和　　年　　月　　日　　所属長　　　印 |
| 貴機関から依頼のあった件について、本学は差し支えありません。【承認番号：　　　　　　】　　　令和　　年　　月　　日　　 　国立大学法人旭川医科大学長　吉　田　　晃　敏 |