

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（源泉徴収税含む） 無

5. 旅費実費相当 有（タクシー含む） 無 ※タクシー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がトライル」  
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がトライル」）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 西川 祐 司