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）

平成　　年　　月　　日

**記入不要！！**

国立大学法人旭川医科大学長　　殿

所在地（〒）

**記入必須**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

**記入不要！！**

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

**記入必須**

会場場所

Sample

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

平成　　年　　月　　日　　曜日　 ～ 平成　　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（　一人当たり　　　　　円（□出席者負担）　　□無

　　　　　　　　　形式　□立食　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。

□その他（　　　　　）

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」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。　　平成　　年　　月　　日　　署名 |
| 本件について、承諾します。　　　　　　平成　　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：　　　　　　】  　　　平成　　年　　月　　日　　 　国立大学法人旭川医科大学長　吉　田　　晃　敏　【公印省略】 |

平成29年7月6日

　　関係各位

旭川医大病院薬剤部

　薬務・薬品情報部門

「出席依頼書（承認申請書）」作成のお願い

　本学の規定により、下記の要領で「出席依頼書（承認申請書）」を作成の上、薬剤部薬務室まで  
提出願います。

記

1）　本学ホームページ※より、「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）（Wordファイル）」をダウンロード

　　（※　http://www.asahikawa-med.ac.jp/index.php?f=information+both）

　　（※　旭川医科大学トップページ → 大学からのお知らせ → 兼業等の依頼）

2）依頼書を1部作成し、印刷する。作成方法は裏面参照。

3）最終案内文（タクシーチケットなど含む）を薬務室に提出する際、依頼書1部を添えて提出する。  
原則、依頼書の提出は開催の1週間前までとする。

以上

・本件に関するお問い合わせ先：

（依頼書の作成方法について） 総務課労務管理係：TEL 0166-68-2127

（その他運用について）　　　　薬剤部薬品情報室：TEL 0166-69-3495