

利害関係者からの講師派遣又は会合への出席依頼書（承認申請書）

令和 年 月 日

国立大学法人旭川医科大学長 殿



郵便番号（〒）

住所

会社名

代表者

下記のとおり、貴学職員に講師派遣又は会合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

出席者	所属講座・診療科名等		
	職名		氏名
依頼日時	令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分		
	※複数回出席を依頼する場合、改めて出席依頼書を提出してください。		
依頼内容	会合名		
	役割		
	会場	<input type="checkbox"/> 学外 会場名（ ） 都道府県名（ ） 市区町村名（ ） <input type="checkbox"/> 学内施設 名称（ ） <input type="checkbox"/> その他上記以外（ ）	
	※学内施設（会議室等を使用して配信する場合も含む）を会場とする場合、本学施設課施設企画係（0166-68-2173）へご連絡ください。 ※開催案内、プログラム等を添付してください。		
旅費実費相当	<input type="checkbox"/> 有（タクシーチケット含む） <input type="checkbox"/> 無 ※タクシーチケットは公共交通機関がない場合のみ提供可能です。		
飲食の提供	形式	<input type="checkbox"/> 立食 ※20名程度以上の出席がなければ提供に応じられません。 出席予定人数： 人 <input type="checkbox"/> 弁当・軽食等 ※簡素な飲食に限ります。 <input type="checkbox"/> 無	
	費用	費用 円（費用負担者： <input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> 出席者）	
報酬	<input type="checkbox"/> 有 報酬額 円（源泉徴収税含む） <input type="checkbox"/> 無		
回答の有無	<input type="checkbox"/> 回答不要 <input type="checkbox"/> メールでの回答 <input type="checkbox"/> 郵送での回答 ※切手貼付済の返信用封筒が同封されている場合のみ、回答します。 ※回答方法は、上記の方法に限ります。		
情報公開	下記のガイドラインに基づき情報を公開する場合は、該当するガイドラインの□を■へ変更してください。		
	<input type="checkbox"/> 日本製薬工業協会の定める「企業活動と医療機関等の透明性ガイドライン」 <input type="checkbox"/> 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ガイドライン」		
担当者	所属・氏名		電話
	E-mail		

※以下太枠内は本学使用欄ですので、記入不要です

【本人確認及び署名】 下記内容について確認のうえ、□にチェック及び署名をお願いします。 <input type="checkbox"/> 本学役職員倫理規程を遵守します。 <input type="checkbox"/> （本学の施設を使用する場合）その旨を施設課施設企画係に連絡し、施設使用料の有無について確認済みです。 令和 年 月 日 署名 _____
【所属長確認】 本件について、承諾します。 令和 年 月 日 所属長 印
貴社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