//

独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター
院長　殿

職　　名
氏　　名　　㊞

年度「〇〇研究」遂行のための補助業務の依頼について

標記について、下記の業務につき依頼したいので承認方よろしくお願いします。

記

研究代表者		所　　属	職　　名	氏　　名
研究課題名等				
実施事項	期　　間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
	業務の目的			
	業務の内容			
支払の相手方	住　　所			
	氏　　名			
	略　　歴	別添可		

依頼形態		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		時間数	備　考
	月																						
	火																						
	水																						
	木																						
	金																						
																						0	
	希　望　単　価	1時間あたり　　円　　又は　1回あたり　　円																					

月間依頼時間数	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
（予定）													0　時間