//

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「　　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