

年 月 日

職員派遣依頼書

(医) 幸寿会 島原こころのクリニック
院長 川口 哲 様

住 所
名 称
代表者

印

下記のとおり、貴院職員の派遣をお願い申し上げます。

記

1. 招聘者

氏名		所属	
----	--	----	--

2. 目的および従事内容

--

3. 日時/場所

日付	年 月 日 ()	～	年 月 日 () まで
時間	時 分	～	時 分 まで
場所			

4. 条 件

報酬	有 ・ 無	金額	_____ 円
交通費	有 ・ 無	金額	実費支給 又は、_____ 円
宿泊費	有 ・ 無	金額	実費支給 又は、_____ 円
その他			

5. 担当連絡先

氏名 :	
所属 :	
住所 :	
TEL :	FAX :
Email :	

※病院使用欄		
院長	事務長	担当