2015/　/

独立行政法人国立病院機構栃木医療センター
院長　殿

職　名
氏　名　　㊞

平成　　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	平成　年　月　日　～　平成　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