令和　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター院長　殿

（職名）
氏　　名　　㊞

令和　　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

実施事項	期　　間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　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	

依頼形態		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	時間数	備考
	月												
	火												
	水												
	木												
	金												
	希望単価	１時間当たり　　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）													