

## 不在時の職務補充届

東京医科歯科大学  医学部附属病院長 殿	年 月 日	平成 XX 年 XX 月 XX 日
	診療科名等	〇〇分野
	職 名	教授
	氏 名	医科歯科 太郎
私が、勤務場所を離れる場合の職務については、下記のとおり補充することになっています。		
不在期間等	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 時 分 ～ 時 分	
	平成 XX 年 XX 月 XX 日 ～ 平成 ZZ 年 ZZ 月 ZZ 日 毎週 月 曜日 9 時 0 0 分 ～ 1 3 時 0 0 分	
職務補充者	診療科名等	〇〇分野
	職 名	准教授
	署 名	御茶ノ水 幸子 ※自筆
緊急時の 連絡先	<b>(所持する携帯電話の番号を記入願います)</b>  携帯電話番号：000-0000-0000	

兼業業務を本学で行い、補充要員は必要ないと判断される場合には、余白にその旨を記載して提出してください。

例) ××社からの～～の依頼は学内にて行い、本務が生じた場合には速やかに本務を遂行するため補充者を必要としません。