

(西暦) 2024年7月20日

東京医科大学

謝金を支出する研究費を管理している研究者氏名を記載してください。
(代表分から出す場合は研究代表者氏名、分担分から支出する場合は研究分担者氏名)

申請者: 所属 ◎◎学分野
所属長 ○○ ○○ 印
氏名 △△ △△ 印

謝金申請書

下記について謝金の支払いを申請します。

記

研究種目名を記載してください。
ex.) 基盤C、若手、厚労科研、AMED、共同研究(社名)等

1	日 時	(西暦)2024年07月25日	支出区分 (教室費・研究費等の場合)	基盤C
2	フリガナ	■■■■		
	支払先名(氏名)	■■■■		
	現職名	○○大学 ○○学分野 教授		
	自宅住所	〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○1-1-1		
	生年月日	(西暦)1965年1月1日	e-mail (振込日通知用)	(振込日の通知が必要な場合のみ記載)
3	役務内容	具体的な業務内容		
	<input type="checkbox"/> 医学部・大学院 特別講義	※医学部・大学院の場合:対象学年を記載すること。		
	<input type="checkbox"/> 上記以外の講義・講演			
	<input checked="" type="checkbox"/> 知識の教授・指導	具体的な業務内容を記載してください。		
	<input type="checkbox"/> 原稿料・翻訳・校正料			
	<input type="checkbox"/> 研究補助 <input type="checkbox"/> 委員会 <input type="checkbox"/> 被験者 <input type="checkbox"/> その他			
4	実施場所	東京医科大学 ○○学分野 研究室		
5	交通費(遠方のため別途交通費支給が必要な場合のみ記入)			
	交通機関名			
	区 間			
6	支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 振込(下記振込情報記入) ※原則、振込でのお支払いとなります。		<input type="checkbox"/> 現金(金券含む)
7	銀行名	●● 銀行	●● 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号	0 0 0 0 0 0 0
	預金者名義 (本人に限る)	フリガナ 氏 名	■■■■ ■■■■	

役務内容を選択してください。

※講師が本学非常勤教員の場合、謝金の支払いは不可。
※ポスター等の日時・講師・演題が分かる資料を添付のこと。

担当課記入欄

謝金支給額(「講義等謝金基準」より)	所得税
<input type="checkbox"/> 主任教授、教授に準ずる者	30,000円(税込) 含む
<input type="checkbox"/> 准教授に準ずる者 講師に準ずる者	10,000円(税込) 含む
<input type="checkbox"/> 地域医療施設長に準ずる者	5,000円(税込) 含む
<input type="checkbox"/> 地域医療施設スタッフに準ずる者 患者本人等	円(税込) 含む・否
<input type="checkbox"/> その他の場合 ※実績、経験年数等から学長がその必要性を明らかにしたうえで理事長がそれを認める場合には、上記の基準を上回る額を支給することができる。	
交通費精算額	円(税込)
宿泊費精算額(医学部・大学院特別講義:対象外)	円(税込)
研究補助・委員会・その他のアルバイト単価等	
日給・時給 円 × 時間 × 日 = 円	

※講義等以外での謝金の支給については、上記基準を目安にすること。

人事課記入欄

支給総額(A)	源泉徴収額(B)	振込額(A-B)	区分
			<input type="checkbox"/> 給与(非課税謝金) <input type="checkbox"/> 報酬他(課税謝金)

人事部	担当課