

兼 業 依 頼 状 (兼業許可申請書・許可書)

<p>地方独立行政法人神戸市民病院機構 理事長 様</p> <p>貴法人下記職員に兼業を依頼したいので御同意くださるようお願いします。なお、兼業従事中（移動時間含む）に兼業従事者が起こした事故や、兼業従事者が受けた災害については、原則として当法人の責任で対処いたします。</p> <p>吉日は不可 年 月 日</p>	<p>兼業先法人の所在地 〒</p> <p>担当部署、担当者、連絡先電話番号</p>
<p>法人名 代表者（公印不要）</p> <p>兼業従事者 氏名： 職名： 所属：</p>	<p>兼業時勤務場所： 〒</p> <p>勤務態様 <input type="checkbox"/> 毎 曜日 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> (年・月・期間内・週)につき _____ 回 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 1回あたり _____ 時間 時 分～ 時 分</p>
<p>兼業時の役職、職務内容 役職名：</p> <p>役職名：例) 講師・パネリスト・座長 職務内容：例) ○○講演会における講師</p>	<p>兼業予定期間 <input type="checkbox"/> 兼 業 許 可 日 <input type="checkbox"/> 年 月 日 から 年 月 日まで</p> <p>報酬・謝礼 <input type="checkbox"/> 無 (旅費のみの場合も含む) <input type="checkbox"/> 有 _____ (年・月・日・回・時間)につき 円 その他 ( )</p> <p>本依頼状に対する回答書（許可書）必要の有無 <input type="checkbox"/> 有 (要返信用封筒) <input type="checkbox"/> 無</p>

赤枠内は兼業先(法人等)が記入してください。

青枠内は従事者(当院職員)が記入してください。

チェック欄 ( ) は、やなど見てわかるように

地方独立行政法人神戸市民病院機構 理事長 様

上記内容は、兼業規程第3条の

【  医療の発展に貢献すると認められる場合  人道的見地から必要と認められる場合  法人に貢献する業務であると認められる場合】

に該当しますので、兼業を申請します。なお、兼業先までの往復時間は約 時間 分程度です。

年 月 日

職員番号 氏名 (署名不要)

該当する項目にチェック <本人記入欄>

署名・記名 どちらでも可

(許可欄)

上記の兼業を  許可する  許可する (ただし、兼業期間 \_\_\_\_\_)  許可しない (兼業規程第 条に適合しないため)

※なお、兼業従事中（移動時間含む）の事故及び災害発生時は、速やかに当院総務課へ報告してください。

年 月 日 第 号

黒枠内は当院総務課が記入します。

神戸市民病院機構 理事長 橋本 信夫 (公印省略)

R6.8.22 改定

【注意】

- ※ 提出時には、招聘状や就任依頼状など従事内容がわかる書類を必ず添付してください。
- ※ 兼業日（許可希望日）の3週間前までに提出してください。
- やむを得ない事情等で、兼業日の1週間前を過ぎての提出となる場合は、遅延理由書を併せて提出してください。