

兼 業 依 頼 状 (兼業許可申請書・許可書)

地方独立行政法人神戸市民病院機構 理事長 様

兼業先法人の所在地

貴法人下記職員に兼業を依頼したいので御同意くださいます。なお、兼業従事中（移動時間含む）に兼業従事者が起る災害については、原則として当法人の責任を負いません。

「兼業依頼状」部分
太枠内は兼業依頼者が
記入する

兼業先法人の代表者、連絡先電話番号

法人所在地と同じ住所の場合、記入不要

兼業（勤務）先所在地：

平成 年 月 日

〒

☑や■など、見て分かるようにチェック

法人名
代表者

勤務態様 毎 曜日 時 分～ 時 分

兼業を依頼する職員名等を記載

(年・月・期間内・週)につき _____ 回

兼業従事者 氏名： _____ 職名： _____
所属： _____

時 分～ 時 分

非常勤医師・非常勤講師・講演会講師などを記載

その他 (_____)

役職名：
職務内容：

兼業予定期間 兼業許可日 _____

兼業従事に必要な時間（拘束時間）を記載

平成 年 月 日

報酬・謝礼 無 (旅費のみの場合も含む)

有 _____ (年・月・日・回・時間)につき _____ 円

その他 (_____)

兼業内容が該当する内容の☐にチェックを入れる
上記内容に兼業規程第3条の

勤務時間内にかかる移動時間を記載

【 医療の発展に貢献すると認められる場合 人道的見地から認められる場合 法人に貢献するに該当しますので、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。

「兼業許可申請書」部分
兼業を行う職員が記入
する

平成 年 月 日

職員番号

氏名

印

上記の兼業を 許可する 許可する (ただし、兼業期間中は法人の給与は支給しない) 許可しない (兼業規程第 _____ 条)

「兼業許可書」部分
病院総務課で記入する

※なお、兼業従事中（移動時間含む）の事故及び災害については、当法人は一切その責任を負わない。

平成 年 月 日 第 _____ 号

地方独立行政法人神戸市民病院機構 理事長 橋本信夫 印