

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
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。

吉日は不可 年 月 日

法人名
代表者（公印不要）
兼業従事者 氏名： 職名：
所属：

兼業先法人の所在地
〒
担当部署、担当者、連絡先電話番号
兼業時勤務場所：
〒
勤務態様 毎 曜日 時 分～ 時 分
 (年・月・期間内・週)につき 回
時 分～ 時 分
 その他 ()
1回あたり 時間 時 分～ 時 分
兼業予定期間 兼 業 許 可 日
 年 月 日 から 年 月 日まで
 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 ()
本依頼状に対する回答書（許可書）必要の有無 有 (要返信用封筒) 無

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。

役職名：例) 非常勤医師・非常勤講師・講演会講師など
職務内容：例) ○○講演会における講師など

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、当院の責任で対応いたします。
年 月 日 第 号
神戸市民病院機構 理事長 橋本 信夫 (公印省略)

黒枠内は当院総務課が
記入します。