

太枠内の記入をお願い致します。

許可書が必要な場合、開催が中止・延期の場合はお知らせ下さい！

依頼日は吉日ではなく日付を入れてください  
兼業日の3週間前までにお願いします。

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様 理事長 様</p> <p>貴法人下記職員に兼業を依頼したいのをご同意くださるようお願いいたします。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、原則として貴法人の責任で対処いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>法人名 公印（社印）を必ずお願いします 代表者 ※シャチハタは不可 印</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>兼業従事者 氏名： 職名： 所属：神戸市立医療センター中央市民病院 ○○科・部</p>	<p>兼業（勤務）先所在地： 〒</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 <input type="checkbox"/> その他（ 1回あたり_____時間</p>
<p>役職名：(座長・非常勤医師 等) 職務内容：</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</p>

こちらからの連絡の際に必要なため、  
連絡先 担当者を必ず記載してください

公印（社印）を必ずお願いします  
※シャチハタは不可

期間は最大1年間です  
長期の場合も1年毎に更新をお願いします

講演会の場合：講演会名を必ず記入してください  
執筆の場合：執筆した書籍の刊行日(予定可)を記入してください

- その他併せて提出頂く資料
- 講演会の場合：講演会のプログラム
  - 世話人の場合：世話人リスト
  - 執筆の場合：どのような形での掲載かが分かる参考資料
  - 海外での兼業：フライトスケジュール等予定表
  - 看護部所属の者への依頼：看護部長宛・本人宛依頼状