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）

地方独立行政法人神戸市民病　　理事長　様 貴法人下記職員に兼業を依頼した　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）　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。 令和　年　月　日 法人名 代表者	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　　〇〇科・部	兼業（勤務）先所在地： 〒
	勤務態様　□毎　曜日　時　分～　時　分 □（年・月・期間内・週）につき　＿＿＿　回 □その他（ １回あたり＿＿＿＿時間
役 職 名：(座長・非常勤医師　等) 職務内容：	兼業予定期間□兼　業　許　可　日 □令和　年　月　日(　)　から令和　年　月　日(　)まで
	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（　　）

こちらからの連絡の際に必要となるため、連絡先 担当者を**必ず記載**してください

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