|  |  |
| --- | --- |
|  | 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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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（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　　　　　　　　　　　　　　　時　　　分～　　　時　　　分　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）１回あたり　　　　時間　　　時　　　分～　　　時　　　分　 |
| 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　 |
| 兼業時の役職、職務内容役 職 名：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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 |
| 地方独立行政法人神戸市民病院機構　理事長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜本人記入欄＞　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。令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　職員番号　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　（直筆署名） |
| 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）の事故及び災害については、当法人は一切その責任を負わない。令和　　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　　（公印省略） |