

(例：講師) 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、原則として当法人の責任で対処いたします。 団体名を入力して下さい ① 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 法人名 〇〇〇〇株式会社 / 〇〇〇〇病院 代表者（公印不要） 社長/院長 〇〇 〇〇		兼業先法人の所在地 団体の所在地・担当の方を入力して下さい 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 担当部署、担当者、連絡先電話番号 〇〇課 〇〇〇〇 TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 アドレス 兼業時勤務場所：：〇〇 〇階 「会〇場〇名」 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
兼業従事者 氏名： △△ △△ 職名： 〇〇 所属： 神戸市立医療センター中央市民病院 〇〇〇科		作成日を記入 勤務態様 ☐毎 曜日 兼業先(開催場所)を入力して下さい 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 〇〇時 〇〇分～ 〇〇時 〇〇分	
兼業時の役職、職務内容 派遣内容を入力して下さい 役 職 名： 講師 職務内容： 〇〇向け社内勉強会において講義を行う。 講演テーマ：〇〇〇〇〇〇について 等		兼業予定期間 1日の場合は同日を入力して下さい ③ ■ 〇〇年〇〇月〇〇日(〇) から〇〇年〇〇月〇〇日(〇)まで 報酬・謝礼 ☐ 無 （旅費のみの場合も含む） ■ 有 _____ 1（年・月・日 回 時間）につき 〇〇〇〇円 その他（ _____ ） 本依頼状に対する回答書（許可書）必要の有無 ☐有 ☐無	
(申請欄) 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。 ② _____ 年 _____ 月 _____ 日 職員番号 〇〇〇〇〇〇 氏 名 〇〇 〇〇 (署名不要)		報酬・謝礼が発生する場合規定がございます。 ※コメディカル（部長除く）市職員は市の規定に準ずる。 <本人記入欄>	
(許可欄) 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。 _____ 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)			