

兼業依頼状（兼業許可申請書・許可書）

地方独立行政法人大阪市民病院機構理事長 様

貴所属下記職員に兼業を依頼したいので御承諾くださるようお願いします。

団体名 ○○○○ ○○○○
代表者役職名 ○○○○ ○○○○
代表者名 ○○ ○○ 印

団体の種類	公益財団法人
事業内容	この法人は、医療機器の研究開発等に関する調査研究を行い、医療機器を取り扱う者の育成に努め、医療水準の向上に寄与することを目的とする。 定款等の「目的」にあたる項目を記入してください。 国・地方公共団体の場合は当該委員会規程等の目的等にあたる部分を記入してください。
兼業従事者	氏名： ○○ ○○ 所属： 大阪市立総合医療センター 補職名： ○○○科部長
兼業役職名	△△△△委員会専門委員
従事内容	当法人で本年度実施する「□□□□事業」遂行のための助言指導を行う。 従事する内容（講義であれば対象やテーマ等）を具体的に記入してください。この業務以外に従事することはできません。治験に携わる場合は、必ずその旨記入してください。
(文書番号)	○○○○第△△△△号 令和○○年○月○日
所在地	〒○○○-○○○○ ○○○市○○○区○○○町○-○-○
連絡先	担当部署・担当者： ○○○部○○○課 ○○ ○○ 電話番号・メールアドレス：△△-△△△△-△△△△ □□□□@mail.ne.jp 文書の送付や、連絡を取る際に使用します
従事場所	○○○市○○○区○○○町○-○-○ 従事する場所を記入してください
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 (移動時間含まず) ※往復の移動時間 _____時間 具体的に詳細に記入してください。変則的な場合は、「その他」の欄に詳細に記入してください。
兼業予定期間	<input type="checkbox"/> 兼業許可日 _____ から 令和 ○年○月○日 まで <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年○月○日 遡及しての許可はできません。具体的な日付を記入してください。 開始日は許可日からでよければ「兼業許可日」にチェックを入れてください
報酬等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 _____ (月・日・回・時間)につき ○○○○○ 円 <input checked="" type="checkbox"/> 交通費 <input checked="" type="checkbox"/> (○○○円/別途 ・ 報酬に含む ・ 無) その他 (_____) 旅費のみの場合も記入してください。報酬額は明確に記入してください
※ 回答書	本依頼書に対する回答書(許可書) 必要の有無 <input type="checkbox"/> 有(要返信用封筒) <input checked="" type="checkbox"/> 無
※ 兼業従事者記入欄	「有」の場合は、宛名を記載した返信用封筒をご用意ください 上記兼業を、【 <input type="checkbox"/> 所定勤務時間外 <input type="checkbox"/> 所定勤務時間内(給与減額に同意) <input type="checkbox"/> 所定勤務時間内(地方独立行政法人大阪市民病院機構兼業要綱第16条各号のいずれかに該当し給与減額なし)】に従事したいので許可を申請します。 ここは、兼業従事者本人が記入します 年 月 日 部署名 _____ 氏名 _____ (自署) 部門責任者 承認印
※ 事務記入欄	事務受理年月日 年 月 日 兼業許可年月日 年 月 日 許可番号 第 _____ 号
地方独立行政法人大阪市民病院機構職員の兼業に関する要綱第4条第2項に基づき、上記の兼業を許可する。 地方独立行政法人大阪市民病院機構 _____ (公印省略)	