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 |  |
| 事業内容 |  |
| 兼業従事者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属：　補職名：　 |
| 兼業役職名 |  |
| 従事内容 |  |
| （文書番号） | 　　　　　　　第　　　　　　号　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 担当部署・担当者：　電話番号・メールアドレス： |
| 従事場所 |  |
| 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（移動時間含まず）　　　　　※往復の移動時間　　　　　　時間 |
| 兼業予定期間 | * 兼業許可日

□　　　年　　　　月　　　　日 | から　　　　　　年　　　　月　　　　日　まで |
| 報酬等 | □　無□　有　　　　　　（ 月 ・ 日 ・ 回 ・ 時間 ）につき　　　　　　　　　円□　交通費　　有（　　　　　　円／別途　　・　　報酬に含む　　・　　無）　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※ 回答書 | 本依頼書に対する回答書（許可書）必要の有無　　　□有（要返信用封筒） 　□無 |
| ※ 兼業従事者記入欄上記兼業を、【　□所定勤務時間外　　□所定勤務時間内（給与減額に同意）　　□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。

|  |  |
| --- | --- |
| 部門責任者承認印 |  |

　　年　　月　　日部署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（自署） |
| ※ 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） |