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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | （講演会・セミナーの場合は記入）対象者:　　　　　　　　　　　　　、（　Web　・　現地開催　） |
| （文書番号） | 第　　　　　号　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 担当部署・担当者（必須）：  担当者直通番号（必須）：  メールアドレス： |
| 従事場所 |  |
| 兼業予定期間 | * 兼業許可日から　　年　　月　　日（　　曜日）   □　　年　　月　　日（　　曜日）　　から　　　年　　月　　日（　　曜日） |
| 勤務態様 | □　　月　　日（　　曜日）　時　　分～　　時　　分  □（ 年 ・ 月 ・ 期間内 ・ 週 ）につき　　　　　回（　　　曜日）　　時　　分～　　時　　分 |
| 報酬等 | □　報酬・交通費共に無  □　報酬有（ １月 ・ １日 ・１ 回 ・１時間 ）につき　　　　円、交通費（　　　円・無）  □　交通費のみ　　　　　　　円　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※ 回答書 | 本依頼書に対する回答書（兼業依頼状の写し）の必要の有無　　　□有（要返信用封筒） 　□無 |
| ※ 兼業従事者記入欄   |  |  | | --- | --- | | 部門責任者承認欄  （自署又は押印） |  |   　　年　　月　　日  部署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | |
| ※ 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  □理事長  □総合医療センター病院長　　　□十三市民病院長　　　□住之江診療所長 | |