

兼 業 依 頼 状 (兼業許可申請書・許可書)

許可書が必要な場合、開催が中止・延期の場合はお知らせ下さい!

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  
します。なお、兼業従事中 (移動時間含む) に兼業従  
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。

兼業先法人の所在地  
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  
兼業予定期間  兼 業 許 可 日 月 日 から令和 年 月 日 ( ) まで  
 令和 年 月 日 ( )  
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)  無

「兼業依頼状」部分  
太枠内は兼業依頼先が  
記入

こちらからの連絡の際に必要なため、  
連絡先 担当者を必ず記載

開催される会場名・住所・連絡先を記載  
法人所在地と同じ住所の場合、記入不要

兼業を依頼する職員名等を記載  
必ず、病院名を記載

公印 (社印) を必ずお願いします  
※シャチハタは不可

法人名  
代表者  
兼業従事者 氏名 : 職名 :  
所属 : 神戸市立西神戸医療センター ○○科・部  
講演会講師・非常勤講師などを記載

役 職 名 :  
職務内容 :  
講演会などのタイトル、演題名など内容を具体的に記載

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  
に該当しますので、兼業を申請します。なお、兼業  
令和 年 月 日

兼業期間は原則として1年以内です。  
引き続き行う場合、新たに申請が必要です  
【  法人に貢献する業務であると認められる場合  
間 分程度です。  
職員番号 氏 名 印

「兼業許可申請書」部分  
兼業を行う職員が記入  
する

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 印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 印

「兼業許可書」部分  
総務課で記入する