

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！

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 兼業先法人の所在地	兼業先法人の所在地 こちからの連絡の際に必要なため、 連絡先 担当者を必ず記載
貴法人下記職員に兼業を依頼したいので御同意くださいます。なお、兼業従事中（移動時間含む）に兼業従事者が起る者、連絡先電話番号、 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を負いません。	「兼業依頼状」部分 太枠内は兼業依頼先が記入 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
法人名 兼業を依頼する職員名等を記載 代表者 必ず、病院名を記載 平成 年 月 日 日 元 公印（社印）を必ずお願いします ※シャチハタは不可	兼業（勤務）先所在地： <input type="checkbox"/> や <input checked="" type="checkbox"/> など、見て分かるようにチェック 講演など時間を必ず記載
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	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 ( 時 分 ~ 時 分)
役職名： 講演会講師・非常勤講師などを記載 職務内容： 講演会などのタイトル、演題名、手術名など内容を具体的に記載	兼業予定期間 <input type="checkbox"/> 兼 業 許 可 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( ) から平成 年 月 日迄
	報酬・謝礼 <input type="checkbox"/> 無 (旅費のみの場合も含む) <input type="checkbox"/> 有 (年・月・日・回・時間)につき 円 その他 ( ) 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

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  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 分程度です。

平成 年 月 日

職員番号 氏名 印

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 責任を負わない。

平成 年 月 日 第 号

「兼業許可書」部分  
 総務課で記入する

地方独立行政法人神戸市民病院機構 理事長 橋本 信夫 印

