

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