

兼業依頼先が記入

記入例

兼業依頼状 (兼業許可申請書・許可書)

労働時間管理モデル対象 (労働時間に通算)

地方独立行政法人神戸市民病院機構 理事長 様  「地方独立行政法人神戸市民病院機構兼業における労働時間管理モデルに関する通知」に同意のうえ、貴法人下記職員に兼業を依頼したいので御同意くださるようお願いいたします。なお、兼業従事中（移動時間含む）に兼業従事者が起こした事故や、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。  年 月 日	兼業先法人の所在地 〒  担当部署、担当者、連絡先電話番号  兼業時勤務場所： 〒  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 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 1回あたり _____ 時間 時 分～ 時 分
法人名 代表者 (公印不要)	兼業予定期間 <input type="checkbox"/> 兼 業 許 可 日 <input type="checkbox"/> 年 月 日 から 年 月 日まで
兼業従事者 氏名： _____ 職名： _____ 所属： <u>神戸市立西神戸医療センター</u> <u>〇〇科・部</u>	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 ( )
兼業時の役職、職務内容 役 職 名： <u>「講演会講師」「非常勤講師」等の記載</u> 職務内容： <u>講演会などのタイトル、演題名など内容を具体的に記載</u>	本依頼状に対する回答書 (許可書) 必要の有無 <input type="checkbox"/> 有 (要返信用封筒) <input type="checkbox"/> 無

こちらからの連絡の際に必要となるため、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、「同上」で可

兼業期間は原則として1年以内。引き続き行う場合、新たに申請が必要です。

許可書が必要な場合はお知らせください。

(申請欄)

地方独立行政法人神戸市民病院機構 理事長 様 <本人入力欄>

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  人道的見地から必要と認められる場合  法人に貢献する業務であると認められる場合  令和6年4月1日付理事長決定通知の条件を満たす兼業 (医業 (臨床業務)) 】に該当しますので、兼業を申請します。  
 なお、兼業先までの往復時間は約 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分程度です。 **本人記入欄**  
 年 月 日  
 \_\_\_\_\_ 職員番号 \_\_\_\_\_ 氏 名 (署名不要)

※兼業による労働時間と当機構での時間外労働時間・休日労働時間を合わせ、年間960時間を超えることは認められないため、時間数を超過しないよう留意すること。

開催延期や中止の場合はお知らせください!

(許可欄)

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 **総務課記入欄** \_\_\_\_\_ を負わない。  
 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 (公印省略)