

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

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

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

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

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

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
職員番号

「兼業許可申請書」部分
兼業を行う職員が記入
する

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

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
令和 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