

依頼書・兼業許可申請書

(文書番号)

平成〇〇年 〇月 〇日

国立大学法人長崎大学長 殿

(〒) 〇〇〇-〇〇〇〇

所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇

機関名 〇〇〇〇〇病院

代表者 〇〇 〇〇 印

非常勤医師の委嘱について (依頼)

標記について、貴学職員に下記のとおりご依頼申し上げますので、よろしくお取り  
記 (太枠内は依頼者(機関)が御記)

”その他”及び”営利企業”にチェックが入る場合、事業内容を記載願います。

1 機関の種類	<input type="checkbox"/> 国・地方公共団体・独立行政法人・国立大学法人 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (〇〇〇〇法人) <input type="checkbox"/> 営利企業 (主な事業内容: 〇〇病院の運営)
2 依頼職員	所属: 病院〇〇科 職名: 教授 氏名: 〇〇 〇〇
3 依頼する職名及び職務内容	依頼職名: 非常勤医師 職務内容: 〇〇〇の診療のため 勤務場所: 〇〇病院
4 期間	平成 29 年 4 月 1 日 ( <input type="checkbox"/> 許可日 ) ~ 平成 30 年 3 月 31 日 ※1年を超える場合は任期を示した要項等を添付願います。
5 従事時間等	<input type="checkbox"/> 期間内 年 月 週 日 1日当たり 時間 <input checked="" type="checkbox"/> 毎 第1,3水曜日 (15時0分 ~ 17時0分) <input type="checkbox"/> その他 ( )
6 報酬	<input checked="" type="checkbox"/> 有 10,000 円 (税込) / 月 日 時間 回 その他 ( ) <input type="checkbox"/> 無 (旅費等必要経費のみの場合を含む。)
7 担当部署, 担当者, 連絡先	担当部署: 〇〇部〇〇課 担当者: 〇〇 〇〇 連絡先: 電話番号, メールアドレス等を記載
8 本依頼書に対する回答文書	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (お手数ですが、宛名記載・切手貼付の返信用封筒を同封願います。)
9 公表事項	依頼内容について外部から開示請求があった場合、開示に差し支えのあるもの <input type="checkbox"/> 機関名 (代表者名・事業内容を含む。) <input type="checkbox"/> 依頼職名 <input type="checkbox"/> 職務内容 <input type="checkbox"/> その他 ( )

依頼される本学職員について記載願います。

遑って許可することはできません。期間の始まりの日付が過ぎている場合、”許可日”にチェックしていただくようお願いいたします。

新規  
 継続

原則お送りしないこととさせていただきますが、貴機関において事務処理上必要とされる場合はお送りいたしますので”要”にチェック願います。

差し支えのある項目がある場合はチェック願います。

※以下は本学使用欄ですので記入不要です。

<b>許 可 申 請 書</b> (短期兼業の場合、記入不要)	
国立大学法人長崎大学長 殿 上記依頼にかかる兼業の許可を申請します。 平成 年 月 日 氏名 印	
上記の兼業を許可する。 <input type="checkbox"/> 勤務時間外に従事しなければならない。 <input type="checkbox"/> 勤務時間内に従事することができる。 平成 年 月 日 (各部局等の長) _____ 印	
上記の依頼について、本学は差し支えありません。 平成 年 月 日 国立大学法人長崎大学長 河野 茂 (公印省略)	