

【長期 兼業の場合】

兼業先様からの実際の提出日（発送日）を記入してください。また、
従事日の10日以上前にご提出願います。（学内の委員会による審査
を要するものについては、最初の従事日の属する月の前月10日前ま
でにご提出願います。）

別紙様式

兼業依頼状（兼業許可申請書・許可書）

国立大学法人 神戸大学長 殿 貴学下記職員に兼業を依頼したいので、よろしくお取り計らい願います。 団体名 ○○○○病院 代表者役職名 ○○○○病院長 代表者名 ○○○○		文書番号：○○○第×××号 令和 年 月 日 兼業先法人の所在地 〒○○○-○○○○ 神戸市○○区○○○町○丁目○-○ 担当部署、担当者、連絡先電話番号、メールアドレス ○○部○○課、○○○○、△△△-△△△-△△△△、xxxxx@xxxx.com メールでの回答書送付を希望する場合は必ずメールアドレスを記載願います。
事業内容 病院／医療機関 等		勤務態様（長期の場合） <input checked="" type="checkbox"/> 毎水曜日 13時00分～17時00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 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 (短期の場合) <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※ 執筆の場合は、締切日と執筆目安時間を記入
兼業従事者	所属 大学院医学研究科／医学部附属病院 (等) 職名 教授 (等) 氏名 ○○ ○○	兼業予定期間 <input type="checkbox"/> 兼業許可日 (長期の場合) <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 △△年 △△月 △△日 まで 報酬 <input type="checkbox"/> 無 (旅費のみの場合も含む) <input checked="" type="checkbox"/> 有 _____ 1 (月・日 (回)・時間) につき 50,000 円 その他 (_____) 本依頼状に対する回答書必要の有無 <input type="checkbox"/> 有 (要メールアドレスもしくは返信用封筒) <input checked="" type="checkbox"/> 無 国立大学附属病院長会議による「企業等からの資金提供状況の公表に関するガイドライン」に従い、講師謝金、原稿執筆料・監修料及びコンサルティング等業務委託費が発生する場合は、その報酬額を公表することについてご承諾いただけますか。 <input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない
委嘱する職名	非常勤医師	
職務内容	○○科において、△△に係る診療を行う。	兼業許可期間は本学の規則により、 原則2年以内となります。
場所	※ 職務内容につきましては、具体的に記入願います。	

※兼業従事者記入欄

上記兼業を所定労働時間外に従事したいので許可を申請します。

令和 年 月 日

兼業従事者からの実際の提出日を必ず記入してください。

部署名 _____ 学分野 _____

氏名 _____ 【兼業従事者による自筆署名】 (自筆)

分野長の承認印

分野長の承認印が必要です。

※事務記入欄

事務受理年月日

令和 年 月 日

兼業許可年月日

令和 年 月 日

許可番号

長期

号：短期

号

上記の兼業を許可する。

【この欄は記入不要です。】

所属部局長 _____ (公印省略)