

【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 ○○○○機構 角印/公印 代表者役職名 ○○○○機構長 不要になりました。 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 学術研究の助成、研究者の養成のための資金の支給、学術に関する 国際交流の促進等・・・ ※ 事業内容を簡潔にご記入ください。		勤務態様（長期の場合） <input type="checkbox"/> 毎 曜日 時 分～ 時 分 <input checked="" type="checkbox"/> ((年)・月・期間内・週)につき 6 回 <input type="checkbox"/> その他 () 1回あたり 2 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 () 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。 ※ 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 ○○ ○○	
委 嘱 する 職 名	△△△委員会専門員	
職務内容 場所	○○事業を実施するために、学識経験者より指導をいただくものである。 ※ 職務内容につきましては、具体的に記入願います。	
兼業予定期間 <input checked="" type="checkbox"/> 兼業許可日 (長期の場合) <input 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 20,000 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

※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)