

文書番号: △△第○○号

日付:平成 年 月 日

兼業依頼・兼業許可申請書

九州大学総長 殿

(〒) 812-0001
所在地 福岡市東区○○町○-○-○
名称 医療法人○○病院
代表者 病院長 ○ ○ ○ ○

下記のとおり、貴学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。

記

兼業の内容について(該当する項目の□の中にチェックし、必要事項を記入してください。)

1 兼業依頼職員
氏名:九州太郎 所属:○○研究院 職名:教授
2 依頼する職名及び職務内容
職名:非常勤医師
職務内容:診療科名を記入ください
勤務場所:福岡市東区○○町○-○-○ 医療法人○○病院
3 新規・継続の別
[ ] 新規 [ ] 継続
4 兼業期間
平成 28 年 4 月 1 日 ( [ ] 許可日 ) ~ 平成 29 年 3 月 31 日
5 従事する職務の形態
[ ] 年 . 月 . 期間内 . (週) 1 日 1日当たり 3 時間
[ ] 集中講義 ..... 時間 [ ] その他 ( ..... )
年間従事時間 120 時間
6 報酬
[ ] 有 △△△ 円 { 日 (時間) コマ (分) 月 期間内 その他 ( ..... ) }
[ ] 無 (旅費等必要経費のみを含む。)
7 貴機関等の事業内容及び担当部署, 担当者, 連絡先, 回答文書の送付方法
事業内容: 事業内容の記入は必要ありません
担当部署(担当者): ○○課△△係 福岡次郎
連絡先: 〒812-0001 福岡市東区○○町○-○-○
電話 ×××-×××-×××× E-mail ×××@××××××
回答文書の送付方法: [ ] E-mail [ ] FAX [ ] 郵送 ※回答文書が必要な場合に記入してください

※下欄は本学使用欄ですので記入不要です。

許 可 申 請 書
九州大学総長 殿
上記依頼にかかる兼業の許可を申請します。
従事形態 [ ] 所定労働時間内 [ ] 所定労働時間外
平成 年 月 日 署名
上記の兼業を許可します。
平成 年 月 日 (許可権者)