記入例　非常勤医師

文書番号：〇〇発総務第〇〇〇号
日付：2020（又は令和 2）年 1 月 31 日

兼業依頼・許可申請書

・文書番号は必須ではありません。
・従事期間より前にご依頼ください。

広　島　大　学　長　　殿

所在地(〒) 111-1111　〇〇県〇〇市〇〇町 1-1
名　称　〇〇病院
代表者　院長　〇〇　〇〇（公印省略）

・公印を省略される場合は，（公印省略）と記載してください。

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

記

・旅費の重複支給を避けるため，実際の従事日が決まり次第，速やかに担当部署へ別途派遣依頼を送付してください。
・**従事日時がすでに決まっている場合は，本様式に記載または別紙等でお知らせください。**

兼業の内容について(該当する項目の□の中に

1　兼業従事者
　氏名：広大　太郎　　配属又は

2　従事する役職名及び職務内容
　役 職 名：非常勤医師
　職務内容：〇〇科における診察

3　従事する(予定)期間 ※従事日決定後，別

　2020（又は令和2）年4月1日(□ 許可日)　～　2021年3月31日

4　従事する職務の形態
　□ (年・月・期間内・週)　　日　１日当たり　　時間程度
　■ 毎　木　曜日　(　9時　00　～　12時　00分)
　□ 集中講義　　時間　　□ その他(　　)　１日当たり　　時間程度

5　報酬
　■ 有　　100,000　　円(日・時間・コマ・件・月・期間内・その他(　　))
　□ 無(必要経費のみの場合を含む。旅費については次項に別途記載。)

6　旅費
　■ 有 (行程の一部分の場合はその範囲を記載(
　□ 無

・報酬の有無に関わらず，旅費欄は必ずご記入ください。

7　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
　□ 法人等名(代表者名・事業内容を含む)　□ 役職名　□ 職務内容
　□ その他(　　)

8　貴法人等の担当部署，担当者，連絡先その他必要事項
　〇〇病院総務担当　広島花子　TEL：000-000-0000　E-mail：0000@00.jp

9　その他
　貴法人等の事務手続き上，回答が必要な場合のみ以下にチェックしてください。
　※原則差し支えない旨の回答は省略させていただいております。
　□ 広島大学長の回答書が必要　(あて名を記載した返信用封筒を同封願います。)

※以下は，本学使用欄ですので記入不要です。

許 可 申 請 (届 出) 書 (申請(届出)者が記入)

○上記依頼にかかる兼業の許可を申請(届出)します。
　従事形態　□ 所定労働時間内　□ 所定労働時間外
○兼業先から履歴の確認又は手当等の支給手続のため，人事・給与情報の提供依頼があった場合の情報の提供　□ 差し支えなし　□ 差し支えあり

年　月　日　　氏　名　　印（自署の場合押印不要）

貴法人等から依頼のあった件について，本学は差し支えありません。【広大　】

年　月　日(許可日)　　広　島　大　学　長　【公印省略】

配属又は所属部局等確認欄(文書番号:　　確認日:　　年　月　日)

本部確認欄

職員番号									