

依頼書・兼業許可申請書

(文書番号)

原則、1ヶ月以上前に依頼してください。

令和 3年 2月 1日

国立大学法人長崎大学長 殿

(〒) ○○○-○○○○  
 所在地 ○○県○○市○○○ ○-○-○  
 機関名 ○○○○○病院  
 代表者 病院長 ○ ○ ○ ○

遑って許可することはできません。期間開始日を過ぎて依頼する場合は“許可日”に☑を記載願います。

非常勤医師の委嘱について（依頼）

「営利企業」に☑した場合は、カッコ内に主な事業内容を記載

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、よろしくご留意願います。  
 記（太枠内は依頼者（機関）が御記入願います。）

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 type="checkbox"/> 営利企業（主な事業内容：） <input checked="" type="checkbox"/> その他（医療法人）
2 依頼職員	所属：○○○○ 生命医科学域/原爆後障害医療研究所/放射線総合センターのいずれか 氏名：○○○○ 職名：教授 依頼対象である本学職員の職名
3 依頼する職名及び職務内容	依頼職名：非常勤医師 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 職務内容：○○○科外来における診療応援のため <input type="checkbox"/> 継続 勤務場所：○○○○○病院
4 期間	令和 3年 4月 1日（ <input type="checkbox"/> 許可日）～令和 4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・第2 水曜日（9時00分～12時00分） <input type="checkbox"/> その他（）
6 報酬	<input checked="" type="checkbox"/> 有 XX,XXX 円（税込）/月・日 時間・回・その他（） 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：○○部 ○○課 担当者：○○ ○○ 連絡先：TEL：XXX-XXX-XXXX FAX：XXX-XXX-XXXX
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（）

※以下は本学使用欄ですので記入不要です。

許 可 申 請 書（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。 令和 年 月 日 氏名	
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。 令和 年 月 日 （各部署等の長） _____
上記の依頼について、本学は差し支えありません。 令和 年 月 日 国立大学法人長崎大学長 河野 茂	

原則、回答はお送りしないこととなっていますが、貴機関で事務処理上必要な場合は「要」に☑してください。（要 返信用封筒）

原則、兼業手続きにおいて押印は廃止しておりますが、貴機関において必要である場合はその旨を申し出てください。