

依頼書・兼業許可申請書

(文書番号)

原則、1ヶ月以上前に依頼すること

令和 2 年 1 2 月 1 日

国立大学法人長崎大学長

殿

(〒)

所在地 福岡市博多区〇〇〇 〇-〇-〇

機関名 株式会社〇〇〇〇製薬 九州支社

代表者 支社長 〇 〇 〇 〇

座長の記載例は次ページ

セミナー講師の委嘱について(依頼)

「その他」に☑した場合は、カッコ内に貴機関の組織種別を記載(医療機関、社団法人、任意団体など)

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

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"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 営利企業 (主な事業内容: 医薬品の研究開発・製造・販売)
2 依頼職員	所属: 生命医科学域 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 職名: 助教 氏名: 〇〇 〇〇
3 依頼する職名及び職務内容	依頼職名: 講師 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 職務内容: 第〇回〇〇〇〇セミナー「〇〇〇〇診療を考える」における講演 <input type="checkbox"/> 継続 勤務場所: 〇〇〇〇〇 (〇〇市〇〇町〇〇番地)
4 期間	令和 3 年 1 月 1 5 日 (<input type="checkbox"/> 許可日) ~ 令和 3 年 1 月 1 5 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 type="checkbox"/> 毎 _____ 曜日 (_____ 時 分 ~ _____ 時 分) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (令和3年1月15日(金) 19:00~20:00)
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: 〇〇営業部 担当者: 〇〇 〇〇 連絡先: TEL: 090-XXXX-XXXX FAX: 092-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になっていますが、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。

依頼書・兼業許可申請書

(文書番号)

原則、1ヶ月以上前に依頼すること

令和 2 年 1 2 月 1 日

国立大学法人長崎大学長

殿

(〒)

所在地 福岡市博多区〇〇〇 〇-〇-〇

機関名 株式会社〇〇〇〇製薬 九州支社

代表者 支社長 〇 〇 〇 〇

特別講演座長の委嘱について (依頼)

「その他」に した場合は、カッコ内に貴機関の組織種別を記載 (医療機関、社団法人、任意団体など)

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

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"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 営利企業 (主な事業内容: 医薬品の研究開発・製造・販売)
2 依頼職員	所属: 生命医科学域 <input checked="" type="checkbox"/> 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: 〇〇 〇〇 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: 座長 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 職務内容: 第〇回〇〇〇〇〇〇セミナー 特別講演「〇〇〇〇に対する薬物療法を再考する」における座長 <input type="checkbox"/> 継続 勤務場所: 〇〇〇〇ホテル(長崎市〇〇町〇〇番地)よりWEB配信
4 期間	令和 3 年 1 月 1 5 日 (<input type="checkbox"/> 許可日) ~ 令和 3 年 1 月 1 5 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 type="checkbox"/> 毎 _____ 曜日 (_____ 時 分 ~ _____ 時 分) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (令和3年1月15日(金) 19:00~20:00)
6 報酬	<input checked="" type="checkbox"/> 有 _____ 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: 〇〇営業部 担当者: 〇〇 〇〇 連絡先: TEL: 090-XXXX-XXXX FAX: 092-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になっていますが、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。