

依頼書・兼業許可申請書

(文書番号)

令和 年 月 日

国立大学法人長崎大学長 殿

(〒)

所在地

機関名

代表者

兼業期間開始日より
前の日付けを記入

医師の派遣について (依頼)

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、よろしくお取り計らい願います。

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 checked="" type="checkbox"/> その他 (医療機関) <input type="checkbox"/> 営利企業 (主な事業内容:)
2 依頼職員	所属: 〇〇〇内科 職名: 教授 氏名: 〇〇〇〇
3 依頼する職名及び職務内容	依頼職名: 非常勤医師 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 職務内容: 当直勤務のため 勤務場所: 〇〇病院 ←病院名等を記入
4 期間	令和 6 年 4 月 6 日 (<input type="checkbox"/> 許可日) ~ 令和 6 年 4 月 7 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 (4/6 (土) 17:00-4/7 (日) 9:00 16時間)
6 報酬	<input type="checkbox"/> 有 〇〇〇 円 (税込) / 月 ・ 日 ・ 時間 (回) ・ その他 (_____) <input type="checkbox"/> 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: _____ 担当者: _____ 連絡先: _____
8 本依頼書に対する回答文書	<input 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)
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事項を <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 (_____)

「医療機関」
「医療法人」
等を記入

どちらかに

該当に〇を付ける

必ず記入

回答が必要である場合は
必ず返信用封筒を同封

該当があれば

※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 永安 武	