

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 ( <b>医療機関</b> )
2 依頼職員	所属: <b>〇〇〇外科</b> 職名: <b>教授</b> 氏名: <b>〇〇〇〇</b>
3 依頼する職名及び職務内容	依頼職名: <b>非常勤医師</b> <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 職務内容: <b>手術応援のため</b> 勤務場所: <b>〇〇病院 ←病院名等を記入</b>
4 期間	令和 <b>3</b> 年 <b>4</b> 月 <b>2</b> 日 ( <input type="checkbox"/> 許可日 ) ~ 令和 <b>3</b> 年 <b>4</b> 月 <b>2</b> 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 ( <b>4/2 (月) 13:00-16:00 3時間</b> )
6 報酬	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <b>〇〇〇</b> 円 (税込) / 月 <b>〇</b> 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: _____ 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 <b>返信用封筒</b> を)
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。

<p><b>許 可 申 請 書</b> (短期兼業の場合、記入不要)</p> <p>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</p>	
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(各部局等の長) _____</p>	
<p>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 (公印省略)</p>	