

【任期兼業・臨床指導医の場合】

兼業依頼状(兼業許可申請書・許可書)

↓ 兼業依頼機関記入欄のみご記入ください

兼業依頼機関記入欄	
国立大学法人滋賀医科大学長 殿 平成 年 月 日 実際の提出日をご記入ください。 依頼者住所 〒○○○-○○○○ ○○県○○○市○○○ 依頼者機関名 医療法人○○○ ○○○病院 代表者氏名 病院長 ○ ○ ○ ○ 印 下記のとおり貴学職員に兼業を依頼したいので、よろしくお取り計らい願います。	
兼業従事者	所属( 医学部 ○○○○講座 )職名( 教授 )氏名( ○ ○ ○ ○ )
兼業役職名	○○○○科の臨床指導医
職務内容	○○○○科の臨床指導を行う。 兼業を許可できる期間は原則1年以内です。4月からの兼業は2月末までに提出ください。
兼業期間・日時等	可能な限り詳しくご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 28 年 4 月 1 日 ~ 平成 29 年 3 月 31 日 <input type="checkbox"/> 兼業許可日 ~ 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日( 曜日) ※1週間当たりの延兼業従事時間数の上限が決まっております。 (勤務態様) <input type="checkbox"/> 年・ <input type="checkbox"/> 月・ <input checked="" type="checkbox"/> 週 (毎・隔) 月 曜日・ <input type="checkbox"/> 期間内 : ____回 (兼業日: ) 1回あたり: __3時間 ( 9 時 00分 ~ 12 時 00分) ( 平日~17: )5・平日17:15~・休日 ) (兼業歴): <input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続 ← ご依頼が過去にあった場合は継続に☑ください。
兼業地・所要時間等	○○○市 ○○○○病院 片道所要時間: 車で約30分 ← 滋賀医科大学からの所要時間
報酬	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有: 1 (回・時間) 日・月・年)につき 10,000 円
交通費・宿泊費	交通費: 無・有( 実費支給 / 1回 _____ 円) / 宿泊費: (無)・有( 宿泊日: ) ※臨床指導等の診療行為につきましては、記入不要です
情報公開	資金提供に係る透明性確保のための情報開示に同意: <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない
回答文書(許可書)送付(必要時のみ)	<input type="checkbox"/> 送付要(返信用封筒添付します)
担当部署・担当者・連絡先(TEL・FAX)	○○○病院○○○○課 ○○ ○○ TEL: △△-△△△△-△△△△ FAX: △△-△△△△-△△△△ ※回答文書は原則送付しておりません。希望の場合は、宛名明記、切手貼付の返信用封筒を必ず同封していただけますようご協力願います。

「以下は滋賀医科大学が使用します」

兼業従事者等記入欄
上記依頼にかかる兼業の許可を申請します。 ※裁量労働制以外の申請者のみ記入 : <input type="checkbox"/> 勤務時間外 / <input type="checkbox"/> 勤務時間内( <input type="checkbox"/> 勤務時間割振 ・ <input type="checkbox"/> その他( ) ) 平成 年 月 日 申請者署名( ) <input type="checkbox"/> 本件について、承諾します。 <input type="checkbox"/> 本件について、都合により承諾しかねます。 平成 年 月 日 所属長署名( ) ※ゴム印ではなく自筆で署名ください。所属長が兼業申請を行う場合は、申請者署名欄のみ署名ください。 勤務時間内、外にまたがる場合は両方に☑してください。勤務時間内の場合はさらに( )内に☑ください。年次休暇を取得する場合は、その他に「年休」と記入ください。

↓ 以下の欄は本学担当係が処理します

滋賀医科大学記入欄	許可印欄
貴機関から依頼のありました本件について、国立大学法人滋賀医科大学教職員兼業規程に基づき許可します。 国立大学法人滋賀医科大学長 【公印省略】	