

兼業等依頼書（兼業承認申請書）記入上の注意事項

②.

依頼する本学教職員が行う兼業等の役職名、業務内容を記入。

なお、各種委員会委員の兼業等については、委員会の規約など業務内容が明示されているものを添付願います。

①.

貴機関からの依頼日を記入。
貴機関の所在地（〒）、名称、代表者名を記入。

③.

依頼の始期及び終期を記入。

なお、貴機関からの依頼が遅れた場合は、その始期を本学許可日とさせていただきます場合があります。予めご了承ください。

④.

職務の形態に応じ、選択・記入。

⑤.

報酬の有無及び、形態をチェック、金額は必ず記入。なお、旅費等で実費支給される場合は「無」にチェック。

⑥.

郵便による回答文書を希望される場合、宛先明記の返送用封筒（切手貼付）を同封していただきますようご協力願います。

兼業等依頼書（兼業承認申請書）

令和 年 月 日

国立大学法人旭川医科大学長 殿

所在地（〒）
名称
代表者

下記により、貴学職員に兼業等を依頼したいので、よろしくお取り計らい願います。

記

1. 兼業等依頼職員
氏名 _____ 職名 _____

2. 依頼する役職名及び職務内容
役職名： _____
職務内容： _____

3. 依頼期間 令和 年 月 日（□承認日）～至 令和 年 月 日

4. 職務形態
年 月 週（ 曜日） 期間中につき ____回（コマ）
 （1回（コマ）当たり____時間程度）（ 時 分～ 時 分）
 当直業務
年 月 週（ 曜日） 期間中につき ____回
 （拘束時間： 時 分～ 翌 時 分）（実働時間：約 時間）
その他（ _____ ）

5. 報 酬
有（年 月 週 期間中 ____回（コマ） ____時間 その他（ _____ ）
 報酬額 _____ 円
無（旅費等で実費のみの場合も含む）

6. 回答返信
不要 要（FAX E-mail 郵送）
 ※郵送の場合、宛名を記載した返信用封筒の同封に協力願います。

7. 担当者（氏名 _____ 電話・FAX _____ E-mail _____）

※（以下は本学使用欄ですので記入不要です。）

承認申請（届出）書 ※（申請（届出）者が記入）
 上記兼業の承認を申請（届出）します。
所定労働時間外 _____ 令和 年 月 日 署名 _____
所定労働時間内（短期間の兼業）
所定労働時間内（本学職員兼業規程等 16 条に該当する兼業）

本件について _____ 令和 年 月 日 所属長 印

貴機関から依頼のあった件について、本学は差し支えありません。【承認番号： _____】

令和 年 月 日 国立大学法人旭川医科大学長 西川 祐 司

本学使用欄のため、記述は不要。