

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（本学職員兼業規程第16条に該当する兼業）

本件について、承諾します。

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