別紙様式１

兼業依頼書（兼業許可申請書・許可書）

地方独立行政法人知多半島総合医療機構　理事長　様

貴所属下記職員に兼業を依頼したいので御承諾くださるようお願いします。なお、兼業従事中（移動時間含む）に兼業従事者が起こした事故や、兼業従事者が受けた災害については、原則として当団体の責任で対処いたします。

団体名：

代表者名：

|  |  |
| --- | --- |
| 団体の種類 | 団体の種類を選択 |
| 事業内容 |  |
| 兼業従事者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　職名：  所属： |
| 兼業役職名 |  |
| 従事内容 |  |
| 従事場所  住所 | 〒 |
| 勤務態様 | 毎　　曜日　　　　　時　　分～　　時　　分  （ 年 ・ 月 ・ 期間内 ・ 週 ）につき　　　　　回　　　　時　　分～　　時　　分  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  １回あたり　　　　　時間（移動時間含まず）※往復の移動時間　　　　　時間  　　　時　　　分　～　　　　時　　　分  法人の勤務時間外　法人の勤務時間内 |
| 兼業予定期間 | 兼業許可日から　　　年　　　　月　　　　日まで  　　　年　　　　月　　　　日から　　　年　　　　月　　　　日まで |
| 報酬等 | 無  　有　（ 月 ・ 日 ・ 回 ・ 時間 ）につき　　　　　　　　　円  　交通費　有（　　　　円／別途　・　報酬に含む　・　無　）  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 兼業先団体の連絡先 | 住所：〒  担当部署・担当者：  電話番号：　　　　　　　　　　　メールアドレス： |
| ※ 回答書 | 本依頼書に対する回答書（許可書）必要の有無  有（要返信用封筒） 　無 |
| 裏面あり  ※ 兼業従事者記入欄  地方独立行政法人知多半島総合医療機構　理事長　様  上記兼業を、【　□所定勤務時間外　　□所定勤務時間内（給与減額に同意）　　□所定勤務時間内（地方独立行政法人知多半島総合医療機構職員の兼業に関する規程第17条各号のいずれかに該当し給与減額なし）】に従事したいので許可を申請します。なお、許可された場合は、職務の遂行に支障のない範囲で行うことを確約し、また兼業先との間に特別な利害関係はなく、かつその発生の恐れはありません。   |  |  | | --- | --- | | 所属長  承認印 |  |   　　年　　月　　日  部署名  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）  ※兼業による労働時間と当機構での時間外労働時間・休日労働時間を合わせ、年間960時間を超えることは認められないため、時間数を超過しないように留意すること。 | |
| ※ 事務記入欄  事務受理年月日　　　　　　年　　月　　日  兼業許可年月日　　　　年　　月　　日　　　許可番号　　　第　　　　　　号 | |
| 地方独立行政法人知多半島総合医療機構職員の兼業に関する規程第４条第２項に基づき、上記の兼業を許可する。なお、兼業従事中（移動時間含む）の事故及び災害については、当法人は一切責任を負わない。  上記兼業を許可しない。  令和　　年　　月　　　日  地方独立行政法人知多半島総合医療機構　理事長（公印省略） | |