様式２

兼業依頼書（依頼元(兼業先) → 本人）

様

住　所

団体名

代表者名

次の内容を依頼したく、お願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 兼業先での役職名 |  |
| 従事する業務の内容 |  |
| 兼業する(予定)期間 | 令和　 年　 月　 日(□ 左記の１日のみ)から　　　令和　 年　 月　 日まで |
| 業務の形態 | □( 年・月・期間内・週 )　　　　日程度  □ 毎　　曜日 |
| 従事時間 | 午前・午後　　 時　　 分から　　　　午前・午後　　 時　　 分まで   * 法人での勤務時間内　　　　□ 法人での勤務時間外 |
| 賃金・報酬の有無 | □ あり　　　　　　円　 １日あたり・１時間当たり・１件あたり・１月あたり  □ なし　　　　　　　　　期間内・その他（　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 事務担当部署の連絡先 | 担当部署　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 特記事項 |  |

|  |
| --- |
|  |

兼業許可申請書（本人　→　病院事務部）

地方独立行政法人山口県立病院機構　理事長　様

下記の事項について承知した上で、上記内容の兼業を申請します。

なお、申請内容に変更のあった場合は、直ちに再度申請を行います。

また、許可後においても、就業規則に従い、本法人における業務について、誠実に遂行することを誓約します。

令和　 年 　月　 日（申請者氏名） 　 印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属  記 | 職名 | 職員番号 |

１ 許可後であっても、兼業基準を満たさなくなった場合は、当該許可が取り消されること。

２　兼業先において業務上生じた負傷及び疾病並びに兼業先との通勤途上に生じた負傷及び疾病(以下｢災害

等｣という。)については、本法人の業務に係る災害等とは取り扱われないこと。

３ 兼業先及び第三者に損害を生じさせた場合は、申請者及び兼業先において解決すること。

４ 兼業に伴う所得の申請については、申請者において適切に行うこと。

**５**　**従事時間が法人の勤務時間内の場合には、勤務時間の割振または年休取得により対応すること。**

|  |
| --- |
| ※部門長確認欄  今回の兼業により、本部門の運営及び職員の労働安全に支障が生ずることはありません  部門長　　　　　　　　　　印 |