

依頼書・兼業許可申請書

(文書番号)

令和〇〇年 〇月 〇日

国立大学法人長崎大学長 殿

(〒) 〇〇〇-〇〇〇〇
所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇
機関名 〇〇〇〇〇病院
代表者 〇〇 〇〇

非常勤医師の委嘱について(依頼)

標記について、貴学職員に下記のとおりご依頼申し上げますので、よろしくお取り計
(太枠内は依頼者(機関)が御記

”その他”及び”営利
企業”にチェックが入
る場合、事業内容を記
載願います。

Form with 9 numbered sections: 1 機関の種類, 2 依頼職員, 3 依頼する職名及び職務内容, 4 期間, 5 従事時間等, 6 報酬, 7 担当部署, 担当
者, 連絡先, 8 本依頼書に対する
回答文書, 9 公表事項. Includes checkboxes for various options and text input fields.

依頼される本学職員
について記載願
います。

遡って許可することはできません。期間
の始まりの日付が過ぎている場合、”許
可日”にチェックしていただくよう願
いいたします。

原則お送りしないこととさ
せていただきますが、貴機
関において事務処理上必要
とされる場合はお送りいた
しますので”要”にチェッ
ク願います。

差し支えのある項
目がある場合は
チェック願います。

※以下は本学使用欄ですので記入不要です。

許 可 申 請 書 (短期兼業の場合、記入不要)
国立大学法人長崎大学長 殿
上記依頼にかかる兼業の許可を申請します。
令和 年 月 日 氏名
上記の兼業を許可する。
□ 勤務時間外に従事しなければならない。
□ 勤務時間内に従事することができる。
令和 年 月 日
(各部署等の長)
上記の依頼について、本学は差し支えありません。
令和 年 月 日
国立大学法人長崎大学長 永安 武

兼業手続きにおいて押印は原則として廃止しておりますが、貴機関において必要である場合は申請の際に申
し出してください。