**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 |