

(様式)

兼業依頼状 (兼業許可申請書・許可書)

非常勤嘱託医の場合

山形大学医学部長
山形大学大学院医学系研究科長 殿
山形大学医学部附属病院長

文書番号：〇〇第××号(ある場合) 平成××年 ×月 ×日

医学部長、病院長への兼業依頼の場合は、「山形大学長」宛に作成願います。

このたび、貴学下記職員に兼業を依頼したいので、ご承諾くださるようお願いいたします。

団体名：〇〇〇〇株式会社、〇〇〇病院 等
代表者名：△△ □□
所在地：〒×××-×××× 〇〇県〇〇市〇-〇
事業内容：医薬品の製造、診療、教育 等

国、独立行政法人、国立大学法人、地方公共団体、学校法人、国・地方公共団体関係機関等の場合、事業内容の記入は不要です。

文書提出(発送)日
※兼業日より前の日付

兼業従事者 所属：〇〇〇講座、△△△部 等 役職：教授、講師 等 氏名：〇〇 △△

兼業内容

職名	非常勤嘱託医
職務内容	外科診療に従事、小児検診 等
勤務場所	△△県△△市□□-□ ××病院 等 (上記所在地と異なる勤務場所の場合のみ記入してください)
日時	<p>【長期兼業】 <input type="checkbox"/>新規 <input type="checkbox"/>継続 平成 年 月 日～平成 年 月 日(曜日 時 分～ 時 分) (年・月・期間内・週)につき ____ 回 その他()</p> <p>1回あたり ____ 時間</p> <p>兼業が複数日あり記入スペースが不足する場合は、長期兼業部分を削除いただいで構いません。</p> <p>【短期兼業】(合計6日未満・10時間未満 ※但し宿直業務は短期兼業とする) 平成××年 ×月××日(月) 〇時〇〇分～××時××分 その他(従事時間3時間(開始・終了時間が未確定の場合)) ※執筆の場合は、締切日と執筆目安時間を記入</p>
報酬	<p>■有 __1(期間内・日・回(時間)につき 50,000 円(年度内支給見込総額 _____ 円) □無(旅費のみ支給の場合も含)</p>
旅費	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有

記入してください

担当者部署、氏名、連絡先等：
△△△部 〇〇 □□ TEL(×××-××××-××××) e-mail △△@□□□□

国立大学附属病院会議による「企業等からの資金提供状況の公表に関するガイドライン」に従い、講師謝金、原稿執筆料・監修料及びコンサルティング等業務委託費が発生する場合は、報酬額及び企業名を公表することについてご承諾いただけますか。

承諾する 承諾しない ←いずれかにチェックしてください

※大学記入欄 上記兼業について、国立大学法人山形大学職員就業規則第34条第1項の規定により許可の申請をしますので、承認願います。

所属 _____ 氏名 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 印

事務受理年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 申請承認日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

所属長印

大学側で記入

※決裁欄

学部長	病院長	事務部長	総務課長	総務課副課長	労務係長	人事係長	人事担当

(様式)

兼業依頼状 (兼業許可申請書・許可書)

講師、座長等の場合

山形大学医学部長
山形大学大学院医学系研究科長 殿
山形大学医学部附属病院長

文書番号：〇〇第××号(ある場合) 平成××年 ×月 ×日

医学部長、病院長への兼業依頼の場合は、「山形大学長」宛に作成願います。

文書提出(発送)日
※兼業日より前の日付

このたび、貴学下記職員に兼業を依頼したいので、ご承諾くださるようお願いいたします。

団体名：〇〇〇〇株式会社、〇〇〇病院 等
代表者名：△△ □□
所在地：〒×××-×××× 〇〇県〇〇市〇-〇
事業内容：医薬品の製造、診療、教育 等

国、独立行政法人、国立大学法人、地方公共団体、学校法人、国・地方公共団体関係機関等の場合、事業内容の記入は不要です。

兼業従事者 所属：〇〇〇講座、△△△部 等 役職：教授、講師 等 氏名：〇〇 △△

兼業内容	
職名	講師、座長、演者、司会 等
職務内容	〇〇セミナーにおいて、テーマ「△△」について講演、〇〇学会における座長 等
勤務場所	△△県△△市□□-□ ××ホール 等 (上記所在地と異なる勤務場所の場合のみ記入してください)
日時	<p>【長期兼業】 <input type="checkbox"/>新規 <input type="checkbox"/>継続 平成 年 月 日～平成 年 月 日(曜日 時 分～ 時 分) (年・月・期間内・週)につき ____ 回 その他()</p> <p>1回あたり ____ 時間</p> <p>兼業が複数日あり記入スペースが不足する場合は、長期兼業部分を削除いただいで構いません。</p> <p>【短期兼業】(合計6日未満・10時間未満 ※但し宿直業務は短期兼業とする) 平成××年 ×月××日(月) 〇時〇〇分～××時××分 その他(従事時間3時間(開始・終了時間が未確定の場合)) ※執筆の場合は、締切日と執筆目安時間を記入</p>
報酬	<p>■有 <u> 1 </u>(期間内・日・回 時間)につき <u> 50,000 </u> 円(年度内支給見込総額 _____ 円) □無(旅費のみ支給の場合も含)</p>
旅費	□無 ■有

担当者部署、氏名、連絡先等：
△△△部 〇〇 □□ TEL(×××-××××-××××) e-mail △△@□□□□

国立大学附属病院会議による「企業等からの資金提供状況の公表に関するガイドライン」に従い、講師謝金、原稿執筆料・監修料及びコンサルティング等業務委託費が発生する場合は、報酬額及び企業名を公表することについてご承諾いただけますか。
■承諾する □承諾しない ←いずれかにチェックしてください

記入してください

※大学記入欄 上記兼業について、国立大学法人山形大学職員就業規則第34条第1項の規定により許可の申請をしますので、承認願います。

平成 年 月 日

所属 _____ 氏名 _____ 印 _____

事務受理年月日：平成 年 月 日 申請承認日：平成 年 月 日

※決裁欄

学部長	病院長	事務部長	総務課長	総務課副課長	労務係長	人事係長	人事担当

大学側で記入

(様式)

兼業依頼状 (兼業許可申請書・許可書)

委員会等への出席の場合

山形大学医学部長
山形大学大学院医学系研究科長 殿
山形大学医学部附属病院長

このたび、貴学下記職員に兼業を依頼したいので、ご承諾くださるようお願いいたします。

団体名：〇〇〇〇株式会社、〇〇〇病院 等
代表者名：△△ □□
所在地：〒×××-×××× 〇〇県〇〇市〇-〇
事業内容：医薬品の製造、診療、教育 等

文書番号：〇〇第××号(ある場合) 平成××年 ×月 ×日

医学部長、病院長への兼業依頼の場合は、「山形大学長」宛に作成願います。

文書提出(発送)日
※兼業日より前の日付

国、独立行政法人、国立大学法人、地方公共団体、学校法人、国・地方公共団体関係機関等の場合、事業内容の記入は不要です。

兼業従事者 所属：〇〇〇講座、△△△部 等 役職：教授、講師 等 氏名：〇〇 △△

兼業内容

職名 〇〇委員会、△△会議への出席 等

職務内容 〇〇〇〇委員会委員として委員会に出席し、〇〇に関する検討を行う。 等

勤務場所 △△県△△市□□-□ ××会議所 等 (上記所在地と異なる勤務場所の場合のみ記入してください)

【長期兼業】 新規 継続
平成 年 月 日～平成 年 月 日(曜日 時 分～ 時 分)
(年・月・期間内・週)につき ____ 回
その他()
1回あたり ____ 時間

【短期兼業】(合計6日未満・10時間未満 ※但し宿直業務は短期兼業とする)
平成××年 ×月××日(月) 〇時〇〇分～××時××分
その他(従事時間3時間(開始・終了時間が未確定の場合)) ※執筆の場合は、締切日と執筆目安時間を記入

報酬 ■有 1 (期間内 〇 回・時間)につき 5,000 円(年度内支給見込総額 _____円)
無(旅費のみ支給の場合も含)

旅費 無 有

担当者部署、氏名、連絡先等：
△△△部 〇〇 □□ TEL(×××-××××-××××) e-mail △△@□□□□

国立大学附属病院会議による「企業等からの資金提供状況の公表に関するガイドライン」に従い、講師謝金、原稿執筆料・監修料及びコンサルティング等業務委託費が発生する場合は、報酬額及び企業名を公表することについてご承諾いただけますか。

承諾する 承諾しない ←いずれかにチェックしてください

※大学記入欄 上記兼業について、国立大学法人山形大学職員就業規則第34条第1項の規定により許可の申請をしますので、承認願います。

所属 _____ 氏名 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 印

事務受理年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 申請承認日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

所属長印

大学側で記入

※決裁欄

学部長	病院長	事務部長	総務課長	総務課副課長	労務係長	人事係長	人事担当

記入してください

(様式)

兼業依頼状 (兼業許可申請書・許可書)

コンサルティング業務等の場合

山形大学医学部長
山形大学大学院医学系研究科長 殿
山形大学医学部附属病院長

文書番号：〇〇第××号(ある場合) 平成××年 ×月 ×日

医学部長、病院長への兼業依頼の場合は、「山形大学長」宛に作成願います。

文書提出(発送)日
※兼業日より前の日付

このたび、貴学下記職員に兼業を依頼したいので、ご承諾くださるようお願いいたします。

団体名：〇〇〇〇株式会社、〇〇〇病院 等
代表者名：△△ □□
所在地：〒×××-×××× 〇〇県〇〇市〇-〇
事業内容：医薬品の製造、診療、教育 等

国、独立行政法人、国立大学法人、地方公共団体、学校法人、国・地方公共団体関係機関等の場合、事業内容の記入は不要です。

兼業従事者 所属：〇〇〇講座、△△△部 等 役職：教授、講師 等 氏名：〇〇 △△

兼業内容

職名 コンサルティング業務 等

職務内容 〇〇に関するコンサルティング業務(技術指導) 等

勤務場所 △△県△△市□□-□ 等 (上記所在地と異なる勤務場所の場合のみ記入してください)

日 時

【長期兼業】 新規 継続
平成 年 月 日～平成 年 月 日(曜日 時 分～ 時 分)
(年・月・期間内・週)につき ____ 回
その他()
1回あたり ____ 時間

兼業が複数日あり記入スペースが不足する場合は、長期兼業部分を削除いただいで構いません。

【短期兼業】(合計6日未満・10時間未満 ※但し宿直業務は短期兼業とする)
平成××年 ×月××日(月) 〇時〇〇分～××時××分
その他(従事時間3時間(開始・終了時間が未確定の場合)) ※執筆の場合は、締切日と執筆目安時間を記入

報酬 ■有 1 (期間内・日・回(時間)につき 5,000 円(年度内支給見込総額 _____円)
無(旅費のみ支給の場合も含)

旅費 無 有

担当者部署、氏名、連絡先等：
△△△部 〇〇 □□ TEL(×××-××××-××××) e-mail △△@□□□□

国立大学附属病院会議による「企業等からの資金提供状況の公表に関するガイドライン」に従い、講師謝金、原稿執筆料・監修料及びコンサルティング等業務委託費が発生する場合は、報酬額及び企業名を公表することについてご承諾いただけますか。
承諾する 承諾しない ←いずれかにチェックしてください

※大学記入欄 上記兼業について、国立大学法人山形大学職員就業規則第34条第1項の規定により許可の申請をしますので、承認願います。

所属 _____ 氏名 _____ 平成 年 月 日 印

事務受理年月日：平成 年 月 日 申請承認日：平成 年 月 日

※決裁欄

学 部 長	病 院 長	事 務 部 長	総 務 課 長	総 務 課 副 課 長	労 務 係 長	人 事 係 長	人 事 担 当

記入してください

大学側で記入