　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 元年　5月　1日

非常勤医師等記入例

　　　国立大学法人徳島大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名　○○○○○　病院

原則，時間帯は記入！！

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　○○○　○○

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **団体等の種類** | □国・地方自治体・独立行政法人・国立大学法人 | | | | | | | | |
| □営利企業　（事業内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  貴学との利害関係　□有　　□無 | | | | | | | | |
| ■その他　　（事業内容　医療法人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| **業務の従事者** | **氏　名** | ○○　○○ | | | | | | | |
| **所　属** | 大学院医歯薬学研究部 | | | | | | **職　名**教授 | |
| **依頼する職名**  **及び内容** | ・非常勤医師  ・非常勤医師(日直)　※月１回まで→通常業務に比べて労働密度が低いもの(休日待機等)  ・診療当直医師　　※週１回まで | | | | | | | | |
| **業務依頼期間** | ■令和 元 年5月1　日 | | | | （□許可日） | ～ | 令和2年3月31日 | | |
| １年を超える場合は任期を示した要項等必要 | | | | |
| **業務従事場所** | ○○県○○市○○町○―○  休憩等を除いた時間 | | | | | | | | |
| **業務従事時間** | ■　　毎　　水曜日　　　　９ 時から　１５時まで　　　　実働時間：　　５時間 | | | | | | | | |
| □　(月・年)　　　回　　　　　時から　　　時まで　　　　実働時間：　　　時間 | | | | | | | | |
| **報酬の有無** | ■　有　　（株式等も含む） | | | （　　20,000　　）円／日・回・時間 | | | | | |
| □　無　　（旅費等で実費のみの場合も含む） | | | | | | | | |
| **本学の許可書・承認書の写し** | | | □　要　（　同封の返信用封筒で郵送　　） | | | | | | ■不要 |
| **団体所在地**  **担当者氏名**  **及び連絡先** | 〒000-0000　○○市○○町○―○  ○○担当　　○○　○○　　TEL　000-000-0000  □兼業許可申請書  □みなし派遣承認申請書 | | | | | | | | |

　下記のとおり，貴学職員に業務を依頼しますので，承認願います。　**※太枠内は業務依頼者(団体)が記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 国立大学法人　徳島大学長　殿 | | | 所属教授の印 |
| 上記依頼について  □勤務時間外に，職務以外として従事したいので兼業の許可を申請します。  本来の職務に支障をきたしません。  □勤務時間内に，本務として従事したいのでみなし派遣の承認を申請します。※  報酬は受け取りません。 | | |  |
| 部局長の印※ |
|  |
| 令和　　年　　月　　日 | 氏　名 | 印 |
| □兼業許可書  □みなし派遣承認書 | | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 依頼のあった件について本学では差し支えありません。 | | | |
|  | | | |