

兼業許可(職務専念義務免除承認)申請書

宮城県立こども病院理事長様		※事務部受理日 令和 年 月 日	文書番号: ××号 ※ない場合は空欄可	令和 6年 8月 1日
下記職員に兼業を依頼したいので、地方独立行政法人宮城県立こども病院職員兼業規程第3条に規定する兼業許可申請書を提出します。 貴団体名: ◇◇病院 代表者: 院長 仙台 一郎		兼業先団体の所在地: 東京都新宿区□□ 担当部署、担当者、連絡先電話番号、メールアドレス: 仙台支店 営業部 宮城 花子 022-×××-×××× *****@*****.jp		
貴団体のHPアドレス: https://www.*****@*****.jp 貴団体の事業内容: 医療業		兼業(勤務)先所在地: 宮城県仙台市青葉区□□□□ 勤務態様: <input type="checkbox"/> 毎 曜日 時 分 ~ 時 分 <input type="checkbox"/> 年 につき 回 総時間 時間 <input checked="" type="checkbox"/> 1回のみ (令和 6年 10月 5日 (土) 曜日 9時 0分 ~ 12時 0分) <input type="checkbox"/> その他 []		
兼業従事者 宮城県立こども病院 所属名: ■■科 氏名: 子供 太郎		兼業先役職名: ◆◆科 非常勤医師 兼業先職務内容: 外来診療 兼業予定期間: 令和 6年 10月 5日 から 令和 6年 10月 5日 まで (1年以内) 報酬又は謝金: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 1回 につき ●●● 円(税込) 又は1時間につき 円(税込) <input type="checkbox"/> その他 () 旅費: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (備考: 上記報酬に含む) 労災適用(経路含む): <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
当該兼業許可申請書・許可書について開示請求があった場合、原則として開示いたしますのでご了承願います。				
※ 兼業 上記兼業申請書上段の着色部分に必要な事項を記入してください。 (記入漏れのないようにご留意願います。) 一 兼業による心身の著しい疲労のため、職務遂行上その能率の維持に支障が生じるおそれがない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 二 兼業により、法人の信用を失墜させ、又は失墜させるおそれがない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 三 職員の職務又は法人と兼業先またはその構成員との間に特別な利害関係を発生させ、又は発生させるおそれがない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 四 兼業により、法人の信用を失墜させ、又は失墜させるおそれがない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 五 その他、兼業を行うことに支障がない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 令和 年 月 日 所属 氏名				
※ 所属長 確認欄 上記兼業業務に関し、以下のとおり確認します。 一 兼業により、職務の遂行又は法人の運営に支障が生じるおそれがない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 二 兼業による心身の著しい疲労のため、職務遂行上その能率の維持に支障が生じるおそれがない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 三 職員の職務又は法人と兼業先またはその構成員との間に特別な利害関係を発生させ、又は発生させるおそれがない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 四 兼業により、法人の信用を失墜させ、又は失墜させるおそれがない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 五 その他、兼業を行うことに支障がない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 令和 年 月 日 所属 氏名				
※ 事務部再受理日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 許可 <input type="checkbox"/> 不許可 令和 年 月 日 本申請は、上記のとおり取り扱います。なお、許可後に、宮城県立こども病院職員兼業規程第4条各号の一に該当することとなったと認めるときは、その許可を取り消します。 兼業内容に変更がある場合には再度申請を行うこと。 宮城県立こども病院理事長 (公印省略)				