様式2

　　年　　月　　日

福岡赤十字病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　印

兼業依頼書

下記により、貴院職員に兼業を依頼したいので、よろしくお取り計らい願います。

記

１　兼業を依頼する職員

所属（　　　　　　　　）・職名（　　　　　　）・氏名（　　　　　　　　　　　　）

２　期間

　　　年　　月　　日　　　～　　　年　　月　　日

３　依頼する内容

□ 宿直　□ 日直　□ 外来診療　□ 講演・講義　□ その他（　　　　　　　　　）

兼業地・場所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

　　≪宿日直の場合≫

　　　労働基準監督署からの宿日直許可について　□ 許可あり　□ 許可なし

４　従事時間

　 時 　分　～　 時 　分（　　時間　　分　）

　□　一日のみ

　□　月 ・ 週　につき　　 回 該当曜日：　　 曜

　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

年度内従事時間　　　　　　　　　　時間　　　　分

５　報酬

　　　□有 　　　　　　円　／　回 ・ 月 ・ 日 ・ 時間 ・ その他（　　　　　　　）

　　　□交通費一律　　　　　円　□交通費実費

□無

６　担当部署、担当者氏名、連絡先

　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）