

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
()