

国立大学法人新潟大学長 殿

所在地(〒)
機関名
代表者

下記のとおり貴学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 機関の種類

- 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: _____)
- その他(名称及び事業内容: _____)

2 兼業依頼職員

氏名(_____) 所属学部等(_____) 職名(_____)

3 依頼する役職名及び職務内容

役職名(_____) 職務内容(_____)

4 依頼する期間 令和 年 月 日(□許可日) ~ 令和 年 月 日

5 職務の形態

- 毎 曜日 時から 時まで
- (年・月・週・期間内)につき 回(1回当たり 時間程度)
- その他(_____)

6 報酬の有無

- 有 (月・日・時間・回・その他()) _____ 円
- 無 (旅費等で実費のみの場合も含む)

7 依頼状に対する回答文書

- 要 (お手数ですが、宛先を明記した返信用封筒の同封をお願いします。)
- 不要

※1 上記兼業等依頼状について外部からの開示請求があった場合、開示して差し支えあるものにチェックして下さい。(□機関名(代表者名・事業内容を含む) □役職名 □職務内容)

※2 医歯学総合病院の業務に従事する職員への兼業等依頼の場合は、機関名、金額を本学病院ホームページ等で公表することへの同意についてチェックして下さい。 □同意する □同意しない

※3 担当者(氏名 _____ TEL _____ E-mail _____)

(以下は学内使用欄につき、記入不要です。)

| | |
|--|------|
| 許 可 申 請 書(申請者が記入) | 許可印欄 |
| 上記兼業(□勤務時間外・□勤務時間内)の許可を申請します。 令和 年 月 日 署名 _____ | |
| 本件について、承諾します。 令和 年 月 日 所属部局の長 | |
| 貴機関から依頼のあった件について本学では差し支えありません。 <div style="text-align: right;"> 国立大学法人新潟大学長 高 橋 姿 【公印省略】 </div> | |

本学では、平成20年1月1日以降、兼業手続きの合理化・簡素化のため、本学教職員に対する兼業の依頼については、本学所定の様式をご使用いただくこととしましたので、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

(記入要領)

- 1 最上段右端の日付欄には、貴機関の依頼日を記入願います。
- 2 所在地(〒)等の欄には、貴機関の所在地(〒)、名称、代表者名を記入願います。
- 3 1の欄は、貴機関の種類に該当する□をチェックして下さい。なお、営利企業については事業内容を、その他については名称及び事業内容を必ず記入願います。
(例) 営利企業(事業内容:○○の製造及び販売, △△の研究開発, 等々)
(例) その他(名称:財団法人○○○/事業内容:△△の助成, □□の調査研究, 等々)
- 4 2の欄は、兼業を依頼する本学教職員の氏名、所属学部等及び職名を記入願います。
- 5 3の欄は、貴機関において本学教職員が行う兼業の役職名及び業務内容を記入願います。
兼業の役職名が非常勤医師の場合は、業務内容の記入は必要ありません。
兼業の役職名が非常勤講師の場合は、業務内容に講義の科目を記入願います。
兼業の役職名が役員・顧問・評議員で新規の場合は、定款又は寄附行為を添付願います。
- 6 4の欄は、依頼する期間の始期及び終期を記入願います。
兼業の許可期間は原則2年以内とし、法令等に任期の定めがある場合は4年を限度としております。
兼業の期間が2年を超える場合は、法令・規程等を添付願います。
(なお、貴機関からの依頼が遅れた場合等については、その始期を本学許可日とさせて頂く場合がありますので、予めご了承願います。)
- 7 5の欄は、依頼する職務の形態に応じ、該当する□をチェックし、必要事項を記入願います。
- 8 6の欄は、報酬の有無の□をチェックし、有の場合は()内の該当する形態を○で囲むとともに、その金額を必ず記入願います。
なお、旅費等で実費のみの場合は、無報酬扱いと致します。
- 9 7の欄は、貴機関からの依頼状に対する回答の要・不要の□をチェックし、要の場合はお手数ですが、宛先を明記した返信用封筒を同封願います。
- 10 ※1は、本学教職員の兼業に対する外部からの開示請求があった場合、開示に差し支えのある項目があれば、□をチェック願います。
- 11 ※2は、国立大学附属病院長会議「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」に基づき、当該兼業依頼に係る機関名、件数、金額を新潟大学医歯学総合病院のホームページ等で公表することへの同意について、チェックして下さい。なお、本ガイドラインは、国立大学病院において活動する全ての職員及び資金提供を行う全ての企業等を対象としております。ただし、他病院での診療行為の依頼は対象外となりますので、チェックは不要です。
- 12 ※3は、当該兼業の依頼に係る事務担当者の氏名、TEL、E-mail を記入願います。
- 13 実線枠内は、本学の使用欄ですので、記入の必要はありません。