　　第　　　号

令和　　年 　月 　日

**公印省略の場合は**

**（公印省略）とご記載ください。**

国立大学法人 熊本大学長　　殿

〇〇県知事　○○○○　（職印）

〇〇〇〇委員会委員の委嘱について（依頼）

標記のことについて、貴学○○学部 教授 ○○○○氏に以下のとおりご従事して頂きたく、ご依頼申し上げますので、ご承認方よろしくお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 兼業職名 | ○○県○○○○委員会委員 |
| 兼業先名 | ○○県○○○○部  〈開始日について〉  依頼日から1ヶ月未満の場合は、直近の教授会等で承認した日から任期を開始しますので、「承認日」にチェックをしてください。  ※開始日を遡って承認する事はできません。 |
| 所在地 | 〒○○○－○○○○  ○○市○○○町　○丁目○番○号 |
| 兼業先の事業内容  （具体的に） | 地方公共団体 |
| 被依頼者が行う  職務内容と責任の程度  （具体的に） | ○○○○委員会委員として委員会に出席し、○○に関する検討を行う。発言についての責任は○○県にある。 |
| 兼業期間 | 令和　　年　　月　　日（□承認日）～令和　　年　　月　　日  〈任期が１年を超える場合〉  任期は原則１年以内になります。ただし、任期が記載された法令、定款等を添付して提出していただければ、承認することができます。 |
| 報酬 | □　有　　→　１回あたり　　　　　円  □　無（旅費等必要経費のみの場合を含む） |
| 勤務時間 | □（ 年・月・期間内・週）  　　回　　　曜日（　　時　　分～　　時　　分）実働:　　時間  □ 集中講義　　時間  □　その他（　　　　　　　　　） |
| 回答文書 | □　必要　（令和　　年　　月　　日まで）　　□　不要  ※回答文書が必要な方は返信用封筒を同封下さい。 |
| 兼業を依頼する理由  （具体的に） | ※兼業先が国立大学法人、独立行政法人、特殊法人及び公益財団法人等に該当し、従事者が役員等に就任する場合は寄付行為、定款等事業内容に関する書類を提出ください。 |
| その他 |  |
| 企業名の公表の同意 | □同意する　　□同意しない  ※**病院及び生命科学研究部(臨床系)に所属する職員へ**、講師、原稿執筆・監修及びコンサルティング等の業務を依頼される場合は、「企業名の公表の同意の有無」について、□にレ印を付して下さい。 |

注）「兼業期間」欄の始期については、遡って承認ができませんので、本学の承認日からの場合は「□承認日」にチェック願います。

[連絡・送付先]

〒・・・－・・・・

　 ・・・・・・・・・・・・・・・・・

　　 ○○法人・・・　　 担当：・・・・

TEL： 　　　　　　　FAX：