令和　　年 　月 　日

国立大学法人 熊本大学長　　殿

**公印省略の場合は**

**（公印省略）とご記載ください。**

医療法人○○○○○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院長　○○○○　（職印）

非常勤医師の委嘱について（依頼）

標記のことについて、貴学○○学部 助教 ○○○○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 | 非常勤医師 |
|  兼業先名 | 医療法人○○会　○○病院【医療機関ｺｰﾄﾞ：○○○○○○○○○○】兼業先と本学との往復の移動予定時間（　　時間　　分） |
|  所在地 | 〒○○○－○○○○〈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。○○市○○○町　○丁目○番○号 |
|  兼業先の事業内容 （具体的に） | ○○科の診療 |
|  被依頼者が行う 職務内容と責任の程度 （具体的に） | 非常勤医師として○○科の診療を行う。最終的な責任は○○病院にある。 |
|  兼業期間 | 令和　　年　　月　　日（□承認日）～令和　　年　　月　　日※任期は原則１年以内になります。 |
|  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 | 【診療業務】　　　　□（ 年・月・期間内・週） 　　回　　　曜日（　　時　　分～　　時　　分）実働:　　時間□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【宿日直業務】　　　※労働基準監督署の宿日直許可　□有　□無□（ 年・月・期間内・週） 　　回　　　曜日（　　時　　分～　　時　　分）実働:　　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） |  |
| その他 |  |

|  |
| --- |
| [連絡・送付先]〒・・・－・・・・　・・・・・・・・・・・・・・・・・　　○○法人・・・・・・・　　　担当：・・・・TEL：　　　　　　　E-mail： |

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。

記入上の注意

**※兼業先名**

　　「医療機関名称」「医療機関コード」を記入願います。兼業先と本学との往復の移動予定時間については、自動車使用として、往復の移動予定時間を記入願います。

**※兼業期間**

開始日については、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ことはできません。任期は、法令の定めがある場合を除き、原則1年以内になります。

**※勤務時間**

　　 診療業務、宿日直業務を区分して記入。

宿日直業務の場合には、労働基準監督署からの宿日直業務の許可の有無を記入願います。

**なお、診療業務、宿日直業務ともに「実働時間」については、休憩時間を除いて記入願います。**

　　　　例） 診療業務

 週1回 金曜日　（9時00分～16時00分）　実働：5時間

宿日直業務　　　※宿日直許可　■有　□無

　月1回 第3土曜日　（17時00分～8時00分）　実働：2時間

勤務が変則的な場合については、「その他（　）」に具体的に記入願います。

（参考）労働基準法施行規則第23条抜粋

第二十三条　使用者は、宿直又は日直の勤務で断続的な業務について、様式第十号によつて、

所轄労働基準監督署長の許可を受けた場合は、これに従事する労働者を、法第三十二条の

規定にかかわらず、使用することができる。

**※連絡・送付先**

　　E-mail（メールアドレス）があれば、記入願います。