

年 月 日

京都第二赤十字病院長 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 (実働 時間 分)

1日のみ

月・週 につき \_\_\_ 回 該当曜日: \_\_\_ 曜

その他( )

#### 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