文書番号：〇〇〇〇第〇〇〇〇号
国立大学法人佐賀大学長　殿　　日　　付：令和〇〇年〇〇月〇〇日
所 在 地：〒000-0000　佐賀市〇〇〇〇〇
法人等名：　〇〇〇〇〇〇〇〇
代表者名：　〇　〇　〇　〇　　印

下記のとおり貴学職員に兼業を依頼したいので、承認願います。

記

1	法人等の種類	□国・独立行政法人・国立大学法人 □地方自治体・地方独立行政法人　□学校法人　□医療法人 □営利企業（事業内容：〇〇の製造及び販売、〇〇の研究開発、等） □その他（名称及び事業内容：一般財団法人△△△　〇〇の助成、等） ６つのうちから選択し、チェックしてください。
2	事業内容	貴機関の定款、寄付行為の目的に当たる項目を記入してください。 国、地方自治体の委員会等は委員会規則等の目的に当たる部分を記入してください。 国に属する審議会の場合はこの欄の記入は不要です。 非常勤講師・非常勤医師の依頼の場合はこの欄の記入は不要です。
3	担当部署、担当者、連絡先（TEL,FAX,E-mail）	この欄は本学からの連絡の際に必要になります。
4	兼業依頼職員	氏　　名：佐大太郎 職　　名：教授 所属学部等：〇〇学部
5	依頼する役職名 職　務　内　容 実　施　場　所	〇〇〇〇委員会委員 職務の内容を具体的に記入してください。 この欄に記入された業務以外に従事することはできません。
6	報　酬	□無（旅費のみの場合も含む） □有　（年・月・日・回・時間・その他（　　））につき　　円 旅費のみの場合は無報酬の扱いになります。報酬額は必ず記入してください。
7	勤務形態	□毎　　曜日　　時　　分～　　時　　分 □（年・月・週・期間内）につき　　回 （１回当たり　　時間程度、　時　　分～ 具体的に詳しく記入してください。
8	兼業期間	□令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 □承認日　　～　令和　　年　　月　　日 遡及して承認することはできません。具体的な日付を記入してください。開始日については、本学の承認日からで差し支えなければ「承認日～令和　年　月　日」にチェックしてください。 兼業の期間は原則２年以内です。 ただし、法令等に任期の定めのある場合は４年を限度として承認しますので、その場合は任期の定めのある法令等の写を添付してください。
9	新規・継続の別	□新規　　□継続 当該教職員への当該兼業依頼の新規・継続の別をチェックしてください。
10	本依頼状に対する回答文書	□要　（宛名を記載した返信用封筒の同封に協力願います。） □不要 当該兼業のご依頼に対する本学の回答文書の要・不要をお知らせ願います。回答が必要な場合は、宛名が明記された返信用封筒を同封願います。
11	本兼業依頼状について開示請求があった場合、開示して差し支えのある事項 本学教職員の兼業に関する法人文書の開示請求があった場合に、「独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律」第５条各号に該当するもので開示に差し支えのある項目（例：依頼者の住所・名称、本学教職員に依頼する役職名・職務内容等）があれば記入してください。	
12	医学部（附属病院を含む）職員への兼業依頼の場合企業等名及び報酬額の公表について 企業、団体名と報酬額の公表についての同意の有無について、どちらかにチェックしてください。	□同意する　□同意しない