

兼職依頼状兼承諾書 (任期無し)

文書番号： _____ 号
日 付： 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

福岡教育大学長 殿

(〒)
所在地
名 称
代表者

下記のとおり、貴学教職員に兼職を依頼しますので、よろしくお取り計らい下さい。

記

依頼内容について(下記の太枠内の該当する項目の□にチェックし、必要事項を記載して下さい。)

| |
|---|
| 1 兼職依頼対象教職員 ① 氏名： ② 職名： ③ 所属： |
| 2 依頼する職名，職務内容，勤務場所 ①職 名： ②職務内容： ③勤務場所： |
| 3 依頼する期間及び従事時間数 <input type="checkbox"/> 1日のみ(右に依頼日を記入下さい。) 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 2日以上6日以内で兼職の総従事時間数が10時間未満の場合 (下欄に依頼する期間及び従事時間数の合計を記入下さい。) 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 期間中計 ____ 時間 |
| 4 報酬 <input type="checkbox"/> 有(□年 □月 □週 □日 □回 □コマ □時間)につき _____ 円 <input type="checkbox"/> 無(旅費・宿泊費のみ支給する場合を含む。) |
| 5 本依頼状に対する承諾書について <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 |
| 6 本件兼職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ことについて <input type="checkbox"/> 団体名(代表者名・事業内容を含む。) <input type="checkbox"/> 役職名 <input type="checkbox"/> 職務内容 |
| 7 貴機関の担当部署，担当者，連絡先 ①担当部署： ②担当者： ③TEL： _____ FAX： _____ 電子メール： _____ |

承 諾 書

本件兼職依頼について、本学は差し支えありません。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

国立大学法人福岡教育大学長 飯田 慎司 【公印省略】

| 学 長 | 理事(総務・ 財務担当) | 研究科長 | 学部長 | 事務局長 | 課 長 | 副課長 | 人事企画課 |
|-----|-----------------|------|-----|------|-----|-----|-------|
| | | | | | | | |