

平成 年 月 日

学校法人東邦大学理事長 殿

診療科責任者 印
(一般・基礎の場合は教室責任者)
所 属 職 名

氏 名 印

学 外 非 常 勤 勤 務 願

1. 勤務日及び時間帯

1) 定期的勤務の場合： (年 月 日より開始)
曜 日 月曜日 ・ 火曜日 ・ 水曜日 ・ 木曜日
金曜日 ・ 土曜日 ・ 日曜日
午前 / 午後 時 分 から
午前 / 午後 時 分 まで

2) 不定期的勤務の場合： _____

2. 勤務先名称

3. 業務内容

4. 片道の所要時間 時間 分

5. 帰校(院)予定時間 午前 / 午後 時 分

6. 勤務実態 (実際に勤務先へ行って勤務する状況)

有 ・ 無 (内容)

* 半日 (午前・午後の勤務先が同じ場合は1日)における学外非常勤勤務ごとに1枚ずつ提出

* 添付書類 ・ 勤務実態の無い勤務については依頼状等の写し1部

* 提出先 ・ 病院勤務および在籍者 (大森病院人事課、大橋病院総務課、佐倉病院総務課)
・ 医学科・看護学科勤務および在籍者 (大森学事部学事支援課)