|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **東　北　大　学　総　長　　殿****貴学下記職員に兼業を依頼したいので御同意くださるようお願いします。****団体名：**　**代表者：**　 | **文書番号：** |  | 令和　　年　　月　　日 |
| **兼業先法人の所在地：**〒**担当部署、担当者、連絡先電話番号、メールアドレス：**　 |
| **ＨＰアドレス：** | **兼業（勤務）先所在地：**〒 |
| **事業内容：** |
| **勤務態様：** | □　毎　　　曜日　　時　　分～　　時　　分□（年・月・期間内・週）につき　　　　　回□　その他（　　　　　　　　　　　　　　）１回あたり　　　　時間 |
| **兼業従事者　氏名：　　　　　　　　　　　　職名：**　**所属：**　 |
| **兼業予定期間：** | 令和　　年　　月　　日 | から | 令和　　年　　月　　日 | まで |
| **役 職 名：**　**職務内容：**　 |
| **報酬：**□　無　　□　有　　　　　　（月・日・回・時間）につき　　　　　　円（税込）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**旅費：**□　無　　□　有　（備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **当該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ものについてチェックしてください。：**　□団体名（代表者名・事業内容を含む）　　□役職名　　□職務内容 |
| **※兼業従事者記入欄** |
| 東　北　大　学　総　長　　殿上記兼業を【　□所定労働時間外　　□所定労働時間内（国立大学法人東北大学職員兼業規程第１０条第２項に該当し給与減額なし）　　□所定労働時間内（給与減額に同意）　】に従事したいので許可を申請します。なお、兼業先までの往復時間は約　　時間　　分程度です。令和　　年　　月　　日診療科（部）長確認欄 　　　　　　　　　　　　　　　　（本人が署名すること）　　　　　　　　　氏　名　　 　　　　　 　 　　　　　（本人が署名すること） |
| **〔本学の利益相反マネジメントについて〕**「利益相反事象発生前申告書」の提出・承認状況を下記のいずれかにチェック及び記入して下さい。**□ 利益相反マネジメント委員会承認済(承認判定書の日付(令和　　年　　月　　日))　　　　□ 「利益相反事象発生前申告書」の申告要件に該当しない**※兼業先との経済的利害関係を「利益相反事象発生前申告書」により確認し、申告要件に該当する場合には、事前に利益相反マネジメント委員会へ必要な手続きをお取りいただく必要があります。「利益相反事象発生前申告書」は、利益相反マネジメント事務室HP(<http://www.bureau.tohoku.ac.jp/coi/assessment/2jisyou.html>)からダウンロードしてください。 |
| **〔本学の安全保障輸出管理について〕**安全保障輸出管理に関する手続きの実施状況を下記のいずれかにチェック及び記入して下さい。**□　承認者承認済(「輸出管理シート」の承認の日付(令和　　年　　月　　日))　　　　□「輸出管理シート」の提出要件に該当しない**※兼業を通じて外国の企業等への技術提供を予定されている場合は、事前に安全保障輸出管理に関する手続きが必要となる場合がありますので、「東北大学における安全保障輸出管理」HP（<http://www.bureau.tohoku.ac.jp/export/gakunai/anzen/gakunai_kakotsuchi.html>）の「基本フロー図」中の「兼業チェックフロー図」により確認してください。 |
| ※事務記入欄 | 事務受理年月日　　令和　　年　　月　　日 |
| 令和　　年　　月　　日　　　　　第　　　　　号上記申請の兼業を総長に代わり許可します。なお、許可後に、兼業規程第４条各号の一に該当することとなったと認めるときは、その許可を取り消します。また、兼業内容に変更がある場合には再度申請手続を行うこと。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　東北大学病院長　　　冨　永　悌　二　　 |