兼業依頼状(兼業申請書・許可書)

医療法人○○会　○○病院

病院長　　　　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 兼業先 | 団体名 | 公益社団法人 大阪府看護協会 | 電話番号 | 06-6947-6900 |
| 住所 | 〒540-0001 　大阪市中央区城見2-2-22　マルイトOBPビル8階 | | |
| 日時 | 1. 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 午前 　　　時　　　分　～　 午後　　　時　　　分 | | |
| 1. 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 午前 　　　時　　　分　～　 午後　　　時　　　分 | | |
| 1. 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 午前 　　　時　　　分　～　 午後　　　時　　　分 | | |
| 内容 | 新型コロナウイルス軽症者及び無症状者の宿泊療養のための施設、  もしくは検体採取外来において、看護業務全般を行う。 | | |
| 備考 | |  | | |
|

上記兼業に従事するにあたり、許可を申請します。

令和　　　年　　　月　　　日

所属

　　　 氏名 　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　上記の兼業を許可（承諾）する。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　（病院名）

（病院長）　　　　　　　　　　　　　　㊞