**医**　**師**　**派**　**遣**　**要**　**請**　**書**

TKH202403

様式第1号

　　年　　　月　　　日

医療法人渓仁会　手稲渓仁会病院

　　　　　院長　　古田　康　殿

住所 〒

医療機関名

代表者職氏名

担当者職氏名：

電話番号：

e-mail：

当施設における診療従事のため、次のとおり貴院所属の医師派遣を要請します。

記

1．派遣実績及び診療従事内容（該当にを付け、職務内容を具体的に記入してください）

新規派遣 　継続派遣　 　 外来診療 入院診療 宿・日直 手術 検査 その他

　　　　　　　　　　　科　（ 内容 ）

　※宿日直業務の場合、労働基準監督署の許可を得た宿日直に該当 する　　しない

宿日直許可取得済の場合は、許可書の写しを必ずご提出ください

取得予定（　　　　　　　　　　　頃）

2．診療要請医師

　（1）所属

　（2）氏名

3．派遣形態（いずれかにをお付けください）及び期間（具体的に記入してください）

　（1）形態　常勤　　常勤以外（定期的なもの）　　常勤以外（不定期なもの）

　（2）期間

4．診療従事日時（毎週月曜8:30～17:00、毎月第1火曜9:00～13:00等、具体的に記入してください）

5．諸条件（報酬（日給、月給等）、交通費、宿泊、住居手配等、具体的に記入してください）

6．病院長の承諾書（該当にをつけてください）　　　必要　　不要

　承諾書は原則お送りしておりません。必要な場合は返信用封筒（宛名記入・切手貼付）を同封の上、

　 本状と併せて働き方改革対策課までご郵送ください。（〒006-8555　札幌市手稲区前田1条12丁目1-40）

**※手稲渓仁会病院記入欄**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 院長 | 担当副院長 | 担当院長補佐 | 経営管理部長 | 経営管理次長 | 総務課 | 働き方改革対策課 | 所属長 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

承諾：可・否　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 取扱No（ ）

※こちらのページにつきましては、裏面に印刷して頂くか、お手元にて保管頂くようお願い申し上げます。

**当院医師派遣要請についての留意事項**

当院では、医師に対する時間外労働の上限規制適用開始に伴い、院外就業の管理を目的として、外部からの医師派遣要請に対応する窓口を「働き方改革対策課」に一本化しております。応援要請に応じて、当院の該当する診療科に確認したうえで、派遣の可否を決定致します。

医師の派遣につきましては、事前に本人に同意を得たうえで、所定の「医師派遣要請書」に必要事項をご記入の上、働き方改革対策課まで要請希望日の1ヶ月前までにお送り頂きますようお願い申し上げます。

つきましては、下記の留意事項を遵守のうえ、ご提出頂きますようお願い申し上げます。

①当院所定の様式での申請が無い場合は、医師の派遣を許可しません。

②年を跨ぎ継続して派遣を要請する場合は、年度毎の手続が必要となります。

③宿日直許可を取得している場合は、許可書の写しを必ず提出ください。

④宿日直許可申請を得ていない場合、医師の派遣を許可しません。

⑤宿直は週1回・日直は月2回を上限とします。また、派遣医師が当センター勤務前日に

「宿日直許可時間が9時間未満の宿日直」を行う場合、医師の派遣を許可しません。

（勤務間インターバルが確保できないため）

主旨をご理解頂き、ご理解・ご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

お問合せ・依頼先

〒006-8555

札幌市手稲区前田1条12丁目1-40

　　手稲渓仁会病院　働き方改革対策課

☎011-681-8111（内線2285）

e-mail：tkh-hatarakikata@keijinkai.or.jp