様式２

勤務環境改善医師派遣等推進事業　実施意向調査

１．医療機関名（派遣元）

所在地	
医療機関名	
担当者職・氏名	
電話番号	
メールアドレス	

２．派遣受入医療機関名

所在地	
医療機関名	
担当者職・氏名	
電話番号	
メールアドレス	

３．派遣受入医療機関の基本情報

①36協定により延長することができる1年間の最長時間（医師分）		時間（回答時点）		
②時間外・休日労働時間の最長時間（医師分）		時間（前年度の実績）		
②現年度の時間外・休日労働時間の最長時間（医師分）　※②が720未満の場合		時間（回答時点の実績）		
③医師労働時間短縮計画の策定（見込）時期	令和	年		月

４．医師派遣の状況

派遣医師	自院での雇用時間数（1週当たり）①	派遣先における雇用時間数				R6派遣予定月数⑥	常勤換算人数（1年当たり）※自動計算（②+③+⑤)×⑥÷2015時間	診療科名	
		宿日直以外（1月当たり）②※宿日直は含まない	許可のない宿日直契約（1月当たり）③	許可のある宿日直契約（1月当たり）④	許可のある宿日直契約（算入時間数）⑤(＝④の1/2)			派遣元	派遣先 宿日直のみの場合「宿日直」と記載
合計									

※「自院での雇用時間数」は、1週間当たりの雇用契約上の時間を記載してください。

※「派遣先における雇用時間数」は、1月当たりの雇用契約上の時間を記載してください。

※「許可のある宿日直」の場合は、契約における雇用時間数の2分の１の時間数を補助対象として算入します。

※常勤1名の年間労働時間を2,015時間として、常勤換算します（小数点第3位未満切捨）。

※同一診療科の医師を、同一医療機関間で派遣しあう場合は補助の対象としません（診療科が異なる場合は可）。