様式２

勤務環境改善医師派遣等推進事業　令和９年度事業の実施意向調査

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　　**※受入医療機関の36協定又は時間外実績が年720時間以内のため補助対象外です**

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）
		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				R8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				派遣元	派遣先 **宿日直のみの場合「宿日直」と記載**
				（1月当たり）④	（算入時間数）⑤(＝④の1/2)				
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
					0.00		対象外		
合計	0.00	0.00	0.00	0.00		0	0.000		

※「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（自動計算・小数点以下掛け放し）。

※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（自動計算・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）。

５．補助基準額　　**※受入医療機関の36協定又は時間外実績が年720時間以内です**

常勤換算人数（人）	基準単価（千円）	補助基準額（千円）
0.000	-	-

※派遣元医療機関がとりまとめの上、御提出ください。