令和　　年 　月 　日

国立大学法人 熊本大学長　　殿

**公印省略の場合は**

**（公印省略）とご記載ください。**

医療法人○○○○○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院長　○○○○　（職印）

非常勤医師の委嘱について（依頼）

標記のことについて、貴学○○学部 助教 ○○○○氏に以下のとおりご従事して頂きたく、ご依頼申し上げますので、ご承認方よろしくお願いします。

※**病院及び生命科学研究部(臨床系)に所属する職員へ**、講師、原稿執筆・監修及びコンサルティング等の業務を依頼される場合は、「企業名の公表の同意の有無」について、□にレ印を付して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 兼業職名 | 非常勤医師 |
| 兼業先名 | 医療法人○○会　○○病院  【医療機関ｺｰﾄﾞ：○○○○○○○○○○】  兼業先と本学との往復の移動予定時間（　　時間　　分） |
| 所在地 | 〒○○○－○○○○  〈開始日について〉  依頼日から1ヶ月未満の場合は、直近の教授会等で承認した日から任期を開始しますので、「承認日」にチェックをしてください。  ※開始日を遡って承認する事はできません。  ○○市○○○町　○丁目○番○号 |
| 兼業先の事業内容  （具体的に） | ○○科の診療 |
| 被依頼者が行う  職務内容と責任の程度  （具体的に） | 非常勤医師として○○科の診療を行う。  最終的な責任は○○病院にある。 |
| 兼業期間 | 令和　　年　　月　　日（□承認日）～令和　　年　　月　　日  ※任期は原則１年以内になります。 |
| 報酬 | □　有　　→　１回あたり　　　　　円  □　無（旅費等必要経費のみの場合を含む） |
| 勤務時間 | 【診療業務】  □（ 年・月・期間内・週）  　　回　　　曜日（　　時　　分～　　時　　分）実働:　　時間  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【宿日直業務】　　　※労働基準監督署の宿日直許可　□有　□無  □（ 年・月・期間内・週）  　　回　　　曜日（　　時　　分～　　時　　分）実働:　　時間  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 回答文書 | □　必要　（令和　　年　　月　　日まで）　　□　不要  ※回答文書が必要な方は返信用封筒を同封下さい。 |
| 兼業を依頼する理由  （具体的に） | ※**病院及び生命科学研究部(臨床系)に所属する職員へ**、講師、原稿執筆・監修及びコンサルティング等の業務を依頼される場合は、「企業名の公表の同意の有無」について、□にレ印を付して下さい。 |
| その他 | 医師の働き方改革対応のため労働時間短縮の取組や上記の業務に関して生じる勤務間インターバル、代償休息については、依頼元において適切に対応いたします。 |
| 企業名の公表の同意 | □同意する　　□同意しない |

|  |
| --- |
| [連絡・送付先]  〒・・・－・・・・  　・・・・・・・・・・・・・・・・・  　　○○法人・・・・・・・  　　　担当：・・・・  TEL：　　　　　　　E-mail： |

注）「兼業期間」欄の始期については、遡って承認ができませんので、本学の承認日からの場合は「□承認日」に

チェック願います。

記入上の注意

**※兼業先名**

　　「医療機関名称」「医療機関コード」を記入願います。兼業先と本学との往復の移動予定時間については、自動車使用として、往復の移動予定時間を記入願います。

**※兼業期間**

開始日については、依頼日から1ヶ月未満の場合は、直近の教授会等で承認した日から任期を開始しますので、「承認日」にチェックをしてください。開始日を遡って承認することはできません。任期は、法令の定めがある場合を除き、原則1年以内になります。

**※勤務時間**

　　 診療業務、宿日直業務を区分して記入。

宿日直業務の場合には、労働基準監督署からの宿日直業務の許可の有無を記入願います。

**なお、診療業務、宿日直業務ともに「実働時間」については、休憩時間を除いて記入願います。**

　　　　例） 診療業務

週1回 金曜日　（9時00分～16時00分）　実働：5時間

宿日直業務　　　※宿日直許可　■有　□無

　月1回 第3土曜日　（17時00分～8時00分）　実働：2時間

勤務が変則的な場合については、「その他（　）」に具体的に記入願います。

（参考）労働基準法施行規則第23条抜粋

第二十三条　使用者は、宿直又は日直の勤務で断続的な業務について、様式第十号によつて、

所轄労働基準監督署長の許可を受けた場合は、これに従事する労働者を、法第三十二条の

規定にかかわらず、使用することができる。

**※その他**

　　　医師の働き方改革対応のため**労働時間短縮の取組**や診療業務、宿日直業務に関して生じる**勤務間インターバル、代償休息**については、依頼元において適切に対応願います。

**※連絡・送付先**

　　　E-mail（メールアドレス）があれば、記入願います。