

断続的宿日直勤務許可申請添付資料(任意様式)

事業の種類				労働者数	男		医師		指導員(教員)	
事業場名					女		(准)看護師		栄養士・調理員	
代表者		(担当者)			年少者		助産師		介護士	
所在地		(TEL)			計		薬剤師		事務員	
						技師		その他		
所定労働時間 (通常勤務)		始業時間		〈交替(時差)勤務がある場合はその概略〉						
		終業時間								
		休憩時間		〈宿直対象の診療科・部門〉						
対象者の職種及び人数	A(医師) 人		D() 人		業務内容					
	B(看護師) 人		E() 人							
	C() 人		F() 人							
救急指定の有・無		病床数 床		常時入院患者数 名		過去3ヵ月間の終業時刻以降の救急患者数 名				
宿直	総員数		名 名		一定期間の一人の回数	1ヵ月 回	1ヵ月 回	開始時刻		
	1回の員数		名 名		1回の手当額	円	円	終了時刻		
	就寝設備		専用の宿直室の有・無 一人当たりの広さ (m ²) 無の場合は代替設備は何か 寝具の備え付け (人分) () 冷暖房設備の (有・無)							
	勤務の態様		病室等の定時巡回 有 (宿直勤務中 回、延約 分)・無 睡眠時間 (時間) 定時検温 有 (宿直勤務中 回、延約 分)・無 その他の業務 () 勤務時間 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15							
日直	総員数		名 一人の回数		(1週・1ヵ月・) 回		開始時刻			
	1回の員数		名 1回の手当額		円		終了時刻			
	勤務の態様		病室等の定時巡回 有 (日直勤務中 回、延約 分)・無 定時検温 有 (日直勤務中 回、延約 分)・無 その他の業務 () 勤務時間 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4							
	宿・日直手当額		宿日直手当額 宿日直勤務予定の同種労働者1人1日平均額 円 > 円 ÷ 3 (※別添賃金一覧表)							
備考										

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

事業場名

記載者職氏名