

研修施設における想定時間外・休日労働時間の記載

基幹施設の名称（所在都道府県）： _____（ _____ ）

プログラム/カリキュラムの名称： _____

プログラム/カリキュラム内の、専攻医と雇用契約を締結する予定のすべての基幹施設、連携施設の病院種別、所在都道府県、時間外・休日労働（年単位換算）の最大想定時間数、おおよその当直・日直回数（宿日直許可が取れている場合はその旨）、及び前年度の時間外・休日労働の年単位換算実績を記入すること。なお、この一覧を確認する医師にとって、わかりやすい記載に努めること。

病院名	種別	所在都道府県	時間外・休日労働 （年単位換算） 最大想定時間数※	連携B・B水準を専攻医に適用 する可能性がある場合は○を 記載してください	おおよその当直・日直回数 ※宿日直許可が取れている場合はその旨を記載	参考 時間外・休日労働 最大時間数 （年単位換算） 前年度実績
	基幹					
	基幹・連携					
	基幹・連携					
	基幹・連携					
	基幹・連携					
	基幹・連携					
	基幹・連携					
	基幹・連携					
	基幹・連携					

※ 想定時間数は、プログラム/カリキュラムに関連する労働時間数だけでなく、専攻医が実際に従事することが見込まれる労働時間数について前年度実績も踏まえ、実態と乖離することのないよう、適切に記載すること。