

断続的な宿直又は日直勤務許可申請書

様式第10号 (第23条関係)

事業の種類		事業の名称		事業の所在地 (電話番号)	
医療業		○×病院		○×県△△市○×× (電話: ***-***-****)	
宿直	総員数	1回の宿直員数	宿直勤務の開始及び終了時刻	一定期間における1人の宿直回数	1回の宿直手当
	12人	1人	自 17時30分から 至 翌8時30分まで	1か月に2~4回	〇〇〇円
	就寝設備	当直室、ベッド、机、椅子、冷蔵庫、空調設備、シャワーの設備あり			
	勤務の態様	入院患者の急変対応、看護師等への指示、稀な時間外来院患者への対応			
日直	総員数	1回の日直員数	日直勤務の開始及び終了時刻	一定期間における1人の日直回数	1回の日直手当
	4人	1人	自 8時30分から 至 17時30分まで	1か月に1回	〇〇〇円
	勤務の態様	入院患者の急変対応、看護師等への指示、稀な時間外来院患者への対応			

年 月 日

労働基準監督署長 殿

使用者 職名  
氏名

印

社会保険労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者、事務代理者の表示・名称	電話番号
	印	