

## 面接指導対象医師一覧

|         |                              |
|---------|------------------------------|
| 医療機関名   |                              |
| 医療機関所在地 |                              |
| 電話番号    | (担当者名 :                    ) |

### 1 宿日直許可

- あり                    (許可年月日 :                    )  
 なし

### 2 面接指導対象医師

: 直近1年間(令和6年度)における月別の時間外・休日労働時間が100時間以上となった医師

- 該当者なし  
 下表のとおり

|     | 年月      | 診療科目 | 役職 | 氏名    | 超過勤務時間  |
|-----|---------|------|----|-------|---------|
| (例) | 2024年4月 | 外科   | 医長 | 愛媛 太朗 | 120.5時間 |
| 1   |         |      |    |       |         |
| 2   |         |      |    |       |         |
| 3   |         |      |    |       |         |
| 4   |         |      |    |       |         |
| 5   |         |      |    |       |         |
| 6   |         |      |    |       |         |
| 7   |         |      |    |       |         |
| 8   |         |      |    |       |         |
| 9   |         |      |    |       |         |
| 10  |         |      |    |       |         |
| 11  |         |      |    |       |         |
| 12  |         |      |    |       |         |
| 13  |         |      |    |       |         |
| 14  |         |      |    |       |         |
| 15  |         |      |    |       |         |
| 16  |         |      |    |       |         |
| 17  |         |      |    |       |         |
| 18  |         |      |    |       |         |
| 19  |         |      |    |       |         |
| 20  |         |      |    |       |         |

〔留意事項〕

- 1 月100時間を超える時間外労働に従事した医師について、月別に記載してください。  
ただし、医療機関の管理者及び診療を目的とする業務に従事しない医師(産業医等)は除く。
- 2 必要に応じて行を追加してください。
- 3 検査当日は次の資料をご用意ください。
  - (1) 長時間労働医師面接指導結果及び意見書
  - (2) 面接指導実施医師に係る面接指導実施医師養成講習会の修了証書
  - (3) 宿日直許可書(許可取得済みの場合のみ)