※2024年12月1日現在の状況をご教示ください。

別紙確認用紙

**記載者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属/氏名 |  |
| メールアドレス |  |

**掲載内容**

**【基本情報】**

|  |
| --- |
| **病院名** |
| 病院写真イメージ[ ] 有掲載希望の写真データを本書式とは別にお送りください。[ ] 無No Imageで掲載いたします。 | ●住所/ |
| ●TEL/ |
| ●病床数/　　　　　　　　　　　　　　床 |
| ●常勤医師数 全体　　　名(男性　　　名／女性　　名) |
| ●非常勤医師数 全体　　　名(男性　　　名／女性　　　名） |

**【子育て・介護中の勤務環境】**

|  |  |
| --- | --- |
| 短時間正社員制度 | [ ] 有　　　[ ] 無　　　　[ ] 応相談 |
| 始業・就業時刻の繰上・繰下 | [ ] 有　　　[ ] 無　　　　[ ] 応相談 |
| 時間外勤務免除・緩和 | [ ] 有　　　[ ] 無　　　　[ ] 応相談 |
| 宿直の免除・緩和 | [ ] 有　　　[ ] 無　　　　[ ] 応相談 |
| 日直の免除・緩和 | [ ] 有　　　[ ] 無　　　　[ ] 応相談 |
| 医師事務作業補助者の配置 | [ ] 有　　　[ ] 無　　　　[ ] 応相談 |
| 復帰支援策 | [ ] 有　　　[ ] 無　　　　[ ] 応相談 |
| 男性育休 | [ ] 有　　　[ ] 無　　　　[ ] 応相談 |
| ベビーシッター利用券の利用 | [ ] 有　　　[ ] 無　　　　[ ] 応相談 |

**【院内保育】**※院内保育は無いが、代替えの子育て支援があれば最後の個所に記入してください

|  |  |
| --- | --- |
| 開園時間（平日・休日） | （平日）　　　　　時　　　分　～　　　　　時　　　　分（休日）　　　　　時　　　分　～　　　　　時　　　　分 |
| 24時間対応 | [ ] 有　　[ ] 無　　 | 病児保育 | [ ] 有　　[ ] 無　　[ ] 応相談 |
| 対応月齢 | 　　　ヵ月・歳～　　　歳 | 病後児保育 | [ ] 有　　[ ] 無　　[ ] 応相談 |
| 一時保育 | [ ] 有　　[ ] 無　　[ ] 応相談 | 学童保育 | [ ] 有　　[ ] 無　　[ ] 応相談 |
| ※院内保育が無い場合代替えの子育て支援紹介 |  |

病院からのメッセージ ※子育て・介護中の医師に対して200字までのメッセージをお願いします

ご協力ありがとうございました