**※令和7年9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　（ご提供いただいた情報は本窓口での活動以外には使用いたしません。）**

|  |  |
| --- | --- |
| **掲載希望の有無** | 掲載する　　　　　　　掲載しない（**記載者情報**のみご記入ください） |
| **病院名/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  写真データをお送りください。  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 |
| 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欄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