別記様式第３号の２　別紙２-エ（Ⅲ）

変更事業計画書（勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備事業Ⅲ）

１　医療機関名等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | |
| 住所 |  | |
| 代表者（管理者）名 |  | |
| 担当者名・連絡先 | 役職・氏名 | 連絡先  電話番号  メールアドレス |

２　医師派遣事業について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 派遣受入医療機関の要件 | 派遣受入医療機関名  （法人名含む） | 派遣受入診療科名 | 前年度における時間外・休日労働時間が年720時間超の医師数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※ 事前に医師派遣受入医療機関の確認を得た上で、派遣受入医療機関に関する状況を記入すること。

　※「派遣受入医療機関の要件」については、以下の該当する区分を記入すること。

① 地域医療に特別な役割のある医療機関

② ５疾病６事業で重要な医療を提供している医療機関

③ 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

３　取組内容に要する経費について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣受入医療機関名  (法人名・診療科名含む) | 常勤(計画) | | 非常勤(計画)常勤換算 | | 常勤(R5実績) | | 非常勤(R5実績) 常勤換算 | | | | 補助対象 | |
| 派遣人数 | 派遣月数  計 | 派遣人数 | 派遣月数  計 | 派遣人数 | 派遣月数  計 | 派遣人数  (常勤換算) | 派遣月数  計 | | | 派遣月数  増分 | 逸失利益  相当額(千円) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |
| 合計 |  | |  |

　※事業計画は変更後の内容を全て記載し、変更点が分かる資料を添付すること。