

平成〇〇年度「すくすく育児支援プラン（医員（育児支援）」申請書

申請年月日 平成〇〇年〇〇月〇日	
北海道大学病院長 殿	
下記のとおり医員（育児支援）としての採用を希望します。	
申請者 所 属 〇〇〇科	
申請者ご本人に連絡がとりやすい 番号及びメールアドレスを 記載願います。	フリガナ 氏 名 〇〇〇〇 印
	電話番号 〇〇〇—〇〇〇〇
	メールアドレス @
1 申請に係る子	
氏 名	〇〇△△
続 柄	長女
生 年 月 日	平成〇〇年〇〇月 〇日生（ 〇歳）
2 申請に係る理由（本制度での採用を希望する特別な理由を詳細に記入すること）	
(記載例)	
①両親ともに医師であり、また実家が遠方にあるため、実家の援助を受けることが難しいため	
②母子（父子）家庭であり、他に援助を受けることが難しいため	
…等、具体的な理由を記載願います。	
※定員に限りがあることから、真に利用が必要な方の申請を いただく等、本制度の適正な運用にご協力願います。	
3 勤務の形態	週 2 4 時間勤務
	月（9：30～16：15）[休憩（12：15～13：00）] 火（9：30～16：15）[休憩（12：15～13：00）] 水（：～：）[休憩（：～：）] 木（9：30～16：15）[休憩（12：15～13：00）] 金（9：30～16：15）[休憩（12：15～13：00）]
	最大で週31時間 となります。 合計時間数を 必ず確認願います
4 希望採用期間	平成27年4月1日 ～ 平成28年3月31日
5 所属診療科等の 長確認欄	申請者の希望する勤務時間どおり、当科(部)に勤務することに 同意します。 診療科等の長・氏名 〇 〇 〇 〇 印
6 備 考 (特記事項等)	

(注) ① この申請書には、申請に係る子の氏名・続柄及び生年月日を確認できる書類（住民票の写し、医師等が発行する出生証明書の写し、母子健康手帳の出生届出済証明の写しなど）を添付してください。

② 「3 勤務の形態」欄は、週31時間以内となるよう記載してください。

可能な限り、年度内に勤務形態の変更が生じないように、検討のうえ、申請願います。

③ 「6 備考」欄には、子の養育状況及び勤務にかかる特記事項等を記載してください。(2014.12)