

# 岡山大学病院 ワークシェアリング利用申請書(エントリーシート)

ダイバーシティ推進センター長 殿

下記  名の医師にてワークシェアリング（医員）を使用したく、申請致します。

利用希望期間  年  月  日 ~  年  月  日

申請日  年  月  日

ダイバーシティ  
推進センター 確認欄

診療科名・役職

氏名

申請者①			
氏名	(フリガナ)	連絡先	
		TEL/ PHS	
診療科		メール	
卒後経過年数	<input type="text"/> 年	専門医の有無	<input type="checkbox"/> 有→ ( ) <input type="checkbox"/> 無
申請事由	<input type="checkbox"/> 妊娠・育児 <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他	キャリア支援利用	<input type="checkbox"/> 有→( )年~( )年 <input type="checkbox"/> 無
勤務時間	週当たりの勤務時間 <input type="text"/> 時間 ※上限 31.0時間		
	例) 8:30~12:00, 13:00~17:15 ※休憩を除いて記入		上限 7:45/日
	月	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>	( <input type="text"/> )
	火	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>	( <input type="text"/> )
	水	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>	( <input type="text"/> )
	木	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>	( <input type="text"/> )
金	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>	( <input type="text"/> )	
total			( <input type="text"/> )
(補足) 休憩時間は45分、60分で選択可能です。6時間以上勤務の方は必ず休憩を取って下さい。			

申請者②			
氏名	(フリガナ)	連絡先	
		TEL/ PHS	
診療科		メール	
卒後経過年数	<input type="text"/> 年	専門医の有無	<input type="checkbox"/> 有→ ( ) <input type="checkbox"/> 無
申請事由	<input type="checkbox"/> 妊娠・育児 <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他	キャリア支援利用	<input type="checkbox"/> 有→( )年~( )年 <input type="checkbox"/> 無
勤務時間	週当たりの勤務時間 <input type="text"/> 時間 ※上限 31.0時間		
	例) 8:30~12:00, 13:00~17:15 ※休憩を除いて記入		上限 7:45/日
	月	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>	( <input type="text"/> )
	火	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>	( <input type="text"/> )
	水	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>	( <input type="text"/> )
	木	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>	( <input type="text"/> )
金	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>	( <input type="text"/> )	
total			( <input type="text"/> )
(補足) 休憩時間は45分、60分で選択可能です。6時間以上勤務の方は必ず休憩を取って下さい。			

申請者③			
氏名	(フリガナ)		連絡先
			TEL/ PHS
診療科			メール
卒後経過年数	年	専門医の有無	<input type="checkbox"/> 有→ ( ) <input type="checkbox"/> 無
申請事由	<input type="checkbox"/> 妊娠・育児 <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他	キャリア支援利用	<input type="checkbox"/> 有→ ( )年～ ( )年 <input type="checkbox"/> 無
勤務時間	週当たりの勤務時間		時間 ※上限 31.0時間
	例) 8:30~12:00, 13:00~17:15 ※休憩を除いて記入		上限 7:45/日
	月	~	( )
	火	~	( )
	水	~	( )
木	~	( )	
金	~	( )	
total			( )
(補足) 休憩時間は45分、60分で選択可能です。6時間以上勤務の方は必ず休憩を取って下さい。			

申請者④			
氏名	(フリガナ)		連絡先
			TEL/ PHS
診療科			メール
卒後経過年数	年	専門医の有無	<input type="checkbox"/> 有→ ( ) <input type="checkbox"/> 無
申請事由	<input type="checkbox"/> 妊娠・育児 <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他	キャリア支援利用	<input type="checkbox"/> 有→ ( )年～ ( )年 <input type="checkbox"/> 無
勤務時間	週当たりの勤務時間		時間 ※上限 31.0時間
	例) 8:30~12:00, 13:00~17:15 ※休憩を除いて記入		上限 7:45/日
	月	~	( )
	火	~	( )
	水	~	( )
木	~	( )	
金	~	( )	
total			( )
(補足) 休憩時間は45分、60分で選択可能です。6時間以上勤務の方は必ず休憩を取って下さい。			