

## 医師の兼業等の許可に関する要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、西宮市立中央病院（以下「中央病院」という。）に勤務する医師が、報酬等を得て他の病院、診療所、その他の施設等（以下「病院等」という。）において医療業務又はこれに関連する業務に従事すること（以下「兼業」という。）を許可する基準及び手続について、必要な事項を定める。

### (兼業許可の基準)

第2条 西宮市病院事業管理者は、地域医療の充実等の社会的要請に応えるために必要であると認めるときは、中央病院に勤務する医師に対して兼業を許可することができる。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、兼業を許可しない。

- (1) 中央病院における本務に支障が生じるおそれがあるとき。
- (2) その他、西宮市病院事業管理者が不相当と認めるとき。

2 兼業に対して受ける報酬等は、原則として従事時間（医療当直の場合は実働時間）1時間当たり3万円を限度とする。

### (兼業許可の申請)

第3条 兼業の許可を受けようとする医師は、兼業先からの依頼文等を添え、別記様式により事前に西宮市病院事業管理者に申請しなければならない。

- 2 前項の申請は、緊急でやむを得ない場合を除き、兼業に従事する1か月前までに行わなければならない。
- 3 兼業期間が年度をまたがる場合は、年度ごとに申請し、許可を受けるものとする。
- 4 兼業の内容に変更が生じた場合は、当該医師は直ちに西宮市病院事業管理者に報告しなければならない。
- 5 西宮市病院事業管理者は、前項の変更の結果、兼業の許可が不相当と認めるときは、兼業の許可を取り消すことができる。

### (兼業の時間)

第4条 兼業は、原則として正規の勤務時間外に行うものとする。ただし、やむを得ない事由により正規の勤務時間内に兼業を行うときは、当該兼業のために本務を行わない時間につき年次休暇を取得し、又は勤務時間の割り振りを変更するものとする。

- 2 兼業の従事時間は、原則として1週当たり8時間、かつ1日当たり半日（4時間）を超えないものとする。
- 3 前項の規定にかかわらず、兼業先において医療当直に従事する場合は、実働3時間を超えないものとし、かつ1週当たり1回を上限とする。この場合においては、第3条第1項の申請の際に、兼業先における勤務の態様、及び当該兼業により中央病院における本務に支障が生じない旨の説明書を提出しなければならない。

### (委任)

第5条 この要綱の実施について必要な事項は、西宮市病院事業管理者が別に定める。

### 付 則

この要綱は、平成20年6月1日から実施する。

付 則  
この要綱は、平成22年5月16日から実施する。

付 則  
この要綱は、平成26年4月1日から実施する。

付 則  
この要綱は、令和5年5月1日から実施する。

別記様式

兼業依頼書・兼業許可申請書・兼業許可書

西宮市病院事業管理者 殿 貴市中央病院所属の医師に兼業を依頼したいので、許可願います。		文書番号	日付	令和 年 月 日
法人名 代表者		兼業先法人	所在地	〒
印			担当部署	
法人の種類		担当者	TEL	- -
事業内容		勤務態様	<input type="checkbox"/> 毎週 ____曜日 ____時__分 ~ ____時__分 <input type="checkbox"/> 月__回 第____曜日 ____時__分 ~ ____時__分 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 1回あたり____時間	
兼業従事者	氏名		職名	
	所属			
兼業先職名		兼業期間	<input type="checkbox"/> 兼業許可日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
兼業先での職務内容		報酬	<input type="checkbox"/> 無 (旅費のみの場合も含む) <input type="checkbox"/> 有 1【月・日・回・時間】につき _____円 その他 ( )	
兼業従事者の勤務場所		この依頼書に対する西宮市病院事業管理者回答書(許可書)の必要の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※ 回答が必要な場合は、宛名を記載した返信用封筒を添付(同封)してください。		

※兼業従事者記入欄

上記兼業を【  正規の勤務時間外  正規の勤務時間内 】に行いたいので、許可を申請します。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

◎ 正規の勤務時間内に従事する場合

年次休暇の取得  勤務時間の振替  
 毎週 \_\_\_\_曜日 \_\_\_\_時\_\_分 ~ \_\_\_\_時\_\_分  
 毎月 第\_\_\_\_曜日 \_\_\_\_時\_\_分 ~ \_\_\_\_時\_\_分  
 その他 ( )  
 給与の減額

※事務記入欄	受理年月日	令和 年 月 日	兼業許可日	令和 年 月 日
--------	-------	----------	-------	----------

医師の兼業等の許可に関する要綱第2項の規定に基づき、上記の兼業を許可する。

西宮市病院事業管理者 南 都 伸 介