

育児中業務代替支援補助事業利用申請書

(業務代替支援を1名が行った場合)

(別紙様式)

オール女性医師キャリアセンターセンター長 殿

(申請日)

年

月

日

ふりがな				職員番号	
申請者氏名					
所属・職位					
連絡先	PHS (内線)				
	E-mail (いずれか選択)	KMUのアドレス			
		その他 (右記に記載)			
依頼日	月	日	()		
理由 ※内容が分かるよう できるだけ具体的に 記載する					
子どもの氏名・ 年齢・学年 ※証明書類添付	(氏名)			歳	(小学校 年)

以下、代替業務を担当した医師の情報

職員番号・ 氏名・時間 ※1日3時間まで	職員番号	氏名	担当した時間
			: ~ : (計 時間)
業務の内容	※依頼した業務の詳細について下記より選択してください。		
		診療支援	その他の内容
		教育補助	
		研究補助	
		その他(右記に記載) ➡	

(記入上の注意)
交代業務を依頼した日毎に1枚提出してください。

(添付書類について) 以下の書類を添付の上、提出してください。
対象となる子の年齢が証明できる書類の写し【初回利用時のみ】(子どもの病気等で利用する場合)
通院や処置等が証明できる書類の写し(不妊治療その他妊娠に向けた医療的支援で利用する場合)

(オール女性医師キャリアセンター記入欄)

手当支給額: 円

センター長	担当	管理課	受付印

育児中業務代替支援補助事業利用申請書

(業務代替支援を複数名が行った場合)

(別紙様式)

オール女性医師キャリアセンターセンター長 殿

(申請日)

年

月

日

ふりがな				職員番号	
申請者氏名					
所属・職位					
連絡先	PHS (内線)				
	E-mail (いずれか選択)	KMUのアドレス			
		その他 (右記に記載)			
依頼日	月	日	()		
理由 ※内容が分かるよう できるだけ具体的に 記載する					
子どもの氏名・ 年齢・学年 ※証明書類添付	(氏名)			歳	(小学校 年)

以下、代替業務を担当した医師の情報（※4名を超える場合は、行を追加してください。）

職員番号・ 氏名・時間 ※1名あたり 1日3時間まで	職員番号	氏名	担当した時間	
			:	～ : (計 時間)
			:	～ : (計 時間)
			:	～ : (計 時間)
			:	～ : (計 時間)
業務の内容	※依頼した業務の詳細について下記より選択してください。			
		診療支援	その他の内容	
		教育補助		
		研究補助		
		その他（右記に記載） ➡		

(記入上の注意)
交代業務を依頼した日毎に1枚提出してください。

(添付書類について) 以下の書類を添付の上、提出してください。
対象となる子の年齢が証明できる書類の写し【初回利用時のみ】（子どもの病気等で利用する場合）
通院や処置等が証明できる書類の写し（不妊治療その他妊娠に向けた医療的支援で利用する場合）

(オール女性医師キャリアセンター記入欄)

手当支給額： 円

センター長	担当	管理課	受付印

【記入例】

育児中業務代替支援補助事業利用申請書
(業務代替支援を1名が行った場合)

(別紙様式)

オール女性医師キャリアセンターセンター長 殿

(申請日) 2026 年 月 日

ふりがな	かんさい はなこ		職員番号	×××××××
申請者氏名	関西 花子			
所属・職位	附属病院 ●●●●科 講師			
連絡先	PHS (内線)	99999		
	E-mail (いずれか選択)	☒ KMUのアドレス		
		☐ その他 (右記に記載)		
依頼日	○ 月 ○ 日 (○)			
理由 ※内容が分かるよう できるだけ具体的に 記載する	例) 不妊治療に係る通院のため、午前中休暇を取得した			
子どもの氏名・ 年齢・学年 ※証明書類添付	(氏名)		歳 (小学校	年)

休暇を取得または早退・遅刻をした医師(代替業務を依頼した医師)が申請してください。

以下、代替業務を担当した医師の情報

職員番号・ 氏名・時間 ※1日3時間まで	職員番号	氏名	担当した時間	
	××××××	枚方 一郎	9 : 00 ~ 12 : 00 (計 3 時間)	
業務の内容	※依頼した業務の詳細について下記より選択してください。			
	☒	診療支援	その他の内容	
	☐	教育補助		
	☐	研究補助		
	☐	その他(右記に記載) ➡		

(記入上の注意)
交代業務を依頼した日毎に1枚提出してください。

(添付書類について) 以下の書類を添付の上、提出してください。
対象となる子の年齢が証明できる書類の写し【初回利用時のみ】(子どもの病気等で利用する場合)
通院や処置等が証明できる書類の写し(不妊治療その他妊娠に向けた医療的支援で利用する場合)

(オール女性医師キャリアセンター記入欄)

手当支給額: 円

センター長	担当	管理課	受付印

【記入例】

育児中業務代替支援補助事業利用申請書
(業務代替支援を複数名が行った場合)

(別紙様式)

オール女性医師キャリアセンターセンター長 殿

(申請日) 2026 年 月 日

ふりがな	かんさい たろう			職員番号	×××××××
申請者氏名	関西 太郎				
所属・職位	附属病院 ●●●●科 講師				
連絡先	PHS (内線)	99999			休暇を取得または早退・遅刻をした医師(代替業務を依頼した医師)が申請してください。
	E-mail (いずれか選択)	☒ KMUのアドレス			
		☐ その他 (右記に記載)			
依頼日	○ 月 ○ 日 (○)				
理由 ※内容が分かるよう できるだけ具体的に 記載する	例) 子どもが急な発熱のため早退した 子どもの予防接種のため、午後休暇を取得した 子どもの学校がインフルエンザにより学級閉鎖のため、休暇を取得した				
子どもの氏名・ 年齢・学年 ※証明書類添付	(氏名) 関西 一郎			7	歳 (小学校 2 年)

以下、代替業務を担当した医師の情報(※4名を超える場合は、行を追加してください。)

職員番号・ 氏名・時間 ※1名あたり 1日3時間まで	職員番号	氏名	担当した時間				
	××××××	枚方 一郎	9	:	00 ~ 12	:	00 (計 3 時間)
	△△△△△	滝井 さくら	13	:	00 ~ 15	:	00 (計 2 時間)
	□□□□□	香里 次郎	15	:	00 ~ 17	:	00 (計 2 時間)
				:	~	:	(計 時間)
業務の内容	※依頼した業務の詳細について下記より選択してください。						
	☒	診療支援	その他の内容				
		教育補助					
		研究補助					
		その他(右記に記載) ➡					

(記入上の注意)
交代業務を依頼した日毎に1枚提出してください。

(添付書類について) 以下の書類を添付の上、提出してください。
対象となる子の年齢が証明できる書類の写し【初回利用時のみ】(子どもの病気等で利用する場合)
通院や処置等が証明できる書類の写し(不妊治療その他妊娠に向けた医療的支援で利用する場合)

(オール女性医師キャリアセンター記入欄)

手当支給額: 円

センター長	担当	管理課	受付印