**時間外・休日労働が１５５時間超となった医師の措置について**

[管理番号]

|  |
| --- |
| **対象者** |
| 対象者⽒名 |  | 所属 |  |
| ⽣年⽉⽇ | 年　　　　　　月　　　　　　日 |

|  |
| --- |
| **労働時間短縮のための措置内容** |
|  |
| （管理者） | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 |

※月の時間外・休日労働時間が155時間を超えた場合は、労働時間の短縮に必要な措置を講じる義務があります。