

## 労働者派遣業務処理要領

甲及び乙は、派遣者派遣契約書に定めるもののほか、この要領に定めるところにより派遣業務を処理するものとする。

### 1 派遣労働者の要件

乙は次の要件を満たす労働者を派遣すること。

- (1) 伝染性感染症に罹患していないこと、または罹患の疑いのないこと。
- (2) 医療事務または医師事務作業補助の経験者であること。
- (3) 医師事務作業補助体制加算の施設基準に規定されている研修を、派遣開始後 3 ヶ月以内に受講させること。

### 2 派遣労働者数等

- (1) 就業場所、就業箇所及び派遣人数

就業場所、就業箇所及び派遣人数を以下のとおりとする。

就業場所(所在地)	就業箇所	派遣人数
道立江差病院（檜山郡江差町字伏木戸町484番地）	4階ナースステーション	2人
道立北見病院（北見市北7条東2丁目2番1）	1階外来	2人
道立羽幌病院（苫前郡羽幌町栄町110番地）	3階医師事務作業室	1人
道立緑ヶ丘病院（河東郡音更町緑が丘1番地）	1階第3病棟	1人
道立向陽ヶ丘病院（網走市向陽ヶ丘1丁目5番1号）	2階事務室	1人
道立子ども総合医療・療育センター （札幌市手稲区金山1条1丁目240番6）	1階外来ステーション	5人

- (2) 乙は派遣労働者を決定した際に、派遣労働者の氏名及び性別、派遣労働者に係る雇用保険、社会保険及び厚生年金保険の被保険者資格取得届の提出の有無を記載した書面を甲に提出するものとする。
- (3) 派遣労働者は契約期間内同一の者とする。やむを得ず交代する場合は、事前に甲に通知するとともに、早急に交代する派遣労働者を確保すること。
- (4) 乙は、甲から提出される別紙 2 の「派遣労働者就業状況表」により、派遣労働者の毎月の就労状況を確認し、甲に「派遣労働者就業状況表」を返送すること。

### 3 派遣料金の請求

乙は、各月ごとの派遣料金の計算にあたり、前項(4)の「派遣労働者就業状況表」の労働時間を確認のうえ、甲に対して派遣料金の支払いの請求をするものとする。

### 4 派遣先責任者職氏名及び直接指揮命令者

派遣先責任者職氏名及び直接指揮命令者を以下のとおりとする。甲及び乙は、派遣先責任者職氏名及び直接指揮命令者を変更したときは、書面にて相手方に通知するものとする。

病院	派遣先責任者	直接指揮命令者	連絡先
道立江差病院			0139-52-0036
道立北見病院			0157-24-6261
道立羽幌病院			0164-62-6060
道立緑ヶ丘病院			0155-42-3377
道立向陽ヶ丘病院			0152-43-4138
道立子ども総合医療・療育センター			011-691-5696

5 派遣元責任者等

派遣元責任者等を以下のとおりとする。乙は、派遣元責任者等を変更したときは、書面にて相手方に通知するものとする。

病院	管轄	住所	派遣元責任者	許可番号	連絡先
道立江差病院					
道立北見病院					
道立羽幌病院					
道立緑ヶ丘病院					
道立向陽ヶ丘病院					
道立子ども総合医療・療育センター					

6 苦情の申出を受ける者

苦情の申出を受ける者を以下のとおりとする。甲及び乙は、苦情の申出を受ける者を変更したときは、書面にて相手方に通知するものとする。

病院	派遣先		派遣元	
	連絡先	職氏名	連絡先	職氏名
道立江差病院	0139-52-0036			
道立北見病院	0157-24-6261			
道立羽幌病院	0164-62-6060			
道立緑ヶ丘病院	0155-42-3377			
道立向陽ヶ丘病院	0152-43-4138			
道立子ども総合医療・療育センター	011-691-5696			

7 その他

乙は、業務の内容に疑義が生じた場合、速やかに甲と協議を行い、甲の指示を受けるものとする。