

# 産業医契約書

事業者.....（以下、「甲」という。）と、産業医.....（以下、「乙」という。）とは、労働安全衛生法所定の産業医の選任に関し、.....医師会の確認の下、次のとおり契約（以下、「本契約」という。）を締結する。

## 記

### 第1条（産業医の選任）

甲は、労働安全衛生法第13条の規定に基づき、本契約書末尾記載の事業場（以下、「本事業場」という。）における産業医として乙を選任し、乙はこれを受任する。

2 甲は、前項による選任報告書を遅滞なく所轄労働基準監督署長に提出するものとする。

### 第2条（職務の範囲）

乙は、本事業場の労働者（派遣社員を含む。）に対し、労働安全衛生規則第14条及び第15条に定められた職務及びこれに付随する業務（別表参照）を行うものとする。

### 第3条（甲・乙の責務）

乙は、前条の職務を遂行し、甲が行う労働者の健康保持増進のために必要な業務を行うものとする。

2 甲は、乙に対し、その職務を遂行するために必要な権限を与えるとともに、乙の勧告・指導等を尊重し、事業者として必要な措置を行うよう努めるものとする。

### 第4条（本契約の解約など）

甲と乙は、乙が産業医としての職務を遂行することが不能となったときは、直ちに協議を行い、産業医の解約・変更等の手続きを行って、産業医としての職務の継続に支障をきたさないようにするものとする。また、甲は、新たな産業医を選任した後、遅滞なく新たな選任報告書を所轄労働基準監督署長に提出するとともに、乙の所属地区医師会に対し、その旨を通知するものとする。

2 甲または乙は、相手方が次の各号のいずれかに該当した場合には、直ちに本契約を解約できる。

1) 医師免許の取消または医業の停止を命じられたとき

2) 相手方の名誉・信用を著しく傷付けたとき

### 第5条（報酬）

本契約に伴う報酬は次のとおりとし、甲は、当月分の報酬を翌月末までに乙に支払うものとする。

2 月額.....円（税別）とする。交通費・通信費等は別に算出した額を定額支給とする。

## 第6条 (契約の期間)

本契約の期間は、平成.....年.....月.....日から平成.....年.....月.....日までとする。

- 2 前項の期間満了の1ヵ月前までに、甲または乙のいずれかからの申し出がない場合、本契約は同内容により更に1年間更新するものとし、以後も同様とする。

## 第7条 (個人情報に関する守秘義務)

甲は、乙に対し、本事業場の労働者の健康管理に関する個人情報保護に配慮しつつ必要な書類、情報を提供するものとする。

- 2 乙は、職務上知り得た甲及び甲の労働者に関する情報を第三者に開示または漏洩してはならない。ただし、つぎの各号に掲げる情報についてはこの限りではない。

- 1) 甲及び甲の労働者の事前の書面による承諾のある情報
- 2) 適法な過程を経て既に公知となっている情報
- 3) 法令の根拠に基づき開示を義務付けられた情報（義務付けられたときに限る。）

- 3 前項の規定は、この契約が終了し、または解除された後においても同様とし、乙は守秘義務を全うする。

## 第8条 (事故などの補償)

甲は、乙が本件職務を遂行することにより受けた物的および人的損害について、甲の責任において処理し、かつ補償をする。ただし、乙の故意または重大な過失による場合はこの限りではない。

- 2 乙が、甲の労働者（その相続人を含む）から、本契約に基づく職務内容に関して損害賠償などの請求（訴訟手続も含む）を受けたときも、前項と同様とする。
- 3 前2項の規定は、第6条の契約期間にかかわらず、本契約終了後も、有効に存続するものとする。

## 第9条 (補則)

本契約に定めがない事項、または、この契約条項の解釈について疑義が生じた場合は、甲・乙協議の上解決するものとする。この場合、乙は、自己に対する助言者として地区医師会役員を立ち合わせることができる。

この契約の証として本契約書2部を作成し、それぞれが押印のうえ、甲・乙は各自1部を保有するものとする。確認者は本契約書の写しを保有する。

【別表】（本件職務内容）

1. 健康診断及び面接指導の実施とこれらの結果に基づく労働者の健康を保持するための措置に関する事（過重労働対策等含む。）。
2. 作業環境の維持管理に関する事（毎月1回の職場巡視含む。）。
3. 作業の管理に関する事。
4. 前3号に掲げるもののほか、労働者の健康管理に関する事。（衛生委員会への出席含む。）
5. 健康教育、健康相談その他従業員の健康の保持増進を図るための措置に関する事。
6. 衛生教育に関する事。
7. 労働者の健康障害の原因の調査及び再発防止のための措置に関する事。
8. 職場復帰における支援に関する事。

平成 年 月 日

甲. 所在地

事業所名

代表者

印

乙. 所在地

医療機関名

医師氏名

印

(代表者

印)

確認者 所在地

医師会名

代表者

印