勤務証明書

●　医療機関名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　】

●　支出科目【　賃金・報酬　】　合計金額【　　　　　　　　　　　円】

【感染拡大防止の取組内容（該当するものに☑チェックしてください）】

　□診療の環境整備（清拭・消毒等）　□適切な診療環境の提供（予約の工夫や整理券の配布等）

　□動線・レイアウトの工夫　　 　　 □新しい診療体制の確保（ｵﾝﾗｲﾝ診療等）

　□個人防護具等の確保　　　　　 　 □スタッフへの研修・健康管理

□その他（具体的に記入してください）

●被雇用者　　従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者は対象となりません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | |
| 住　所 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 職種 |  |
| 雇用形態 | □　常勤　□パート・アルバイト　□　派遣　□その他（　　　　） | | |
| 業務内容 |  | | |
| 雇用期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　　年　　　月　　　日 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務月 | 勤務日数（日）  ※有給休暇含む | 勤務時間数（時間） | 支払った賃金・報酬（円） |
| 令和2年 4月 |  |  |  |
| 5月 |  |  |  |
| 6月 |  |  |  |
| 7月 |  |  |  |
| 8月 |  |  |  |
| 9月 |  |  |  |
| 10月 |  |  |  |
| 11月 |  |  |  |
| 12月 |  |  |  |
| 令和3年 1月 |  |  |  |
| 2月 |  |  |  |
| 3月 |  |  |  |
| 計 | 日 | 時間 | 円 |

　上記のとおり勤務していたことを証明する。

　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

勤務証明書

記入例

被雇用者ごとに1枚ずつ作成してください。

●　医療機関名【　〇〇クリニック　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　】

●　支出科目【　賃金・報酬　】　合計金額【　　＊＊＊，＊＊＊　　円】

【感染拡大防止の取組内容（該当するものに☑チェックしてください）】

　☑診療の環境整備（清拭・消毒等）　□適切な診療環境の提供（予約の工夫や整理券の配布等）

　□動線・レイアウトの工夫　　 　　 □新しい診療体制の確保（ｵﾝﾗｲﾝ診療等）

　□個人防護具等の確保　　　　　 　 □スタッフへの研修・健康管理

□その他（具体的に記入してください）

感染症拡大防止の内容を

記載してください

●被雇用者　　従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者は対象となりません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | △△　△△  雇用期間の終期が決まっていない場合は空欄にしてください | | |
| 住　所 | さいたま市○○区○○１－２－３ | | |
| 生年月日 | 平成○○年○○月○○日 | 職種 | 事務補助 |
| 雇用形態 | □　常勤　☑パート・アルバイト　□　派遣　□その他（　　　　） | | |
| 業務内容 | クリニック内の定期的な清拭・消毒 | | |
| 雇用期間 | 令和　２　年　５　月　７　日　～　　令和　４　年　３　月 ３１ 日 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務月 | 勤務日数（日）  ※有給休暇含む | 勤務時間数（時間） | 支払った賃金・報酬（円） |
| 令和2年 4月 | ― | ― | ― |
| 5月 | １０ | ４０ | ＊＊＊，＊＊＊ |
| 6月 | １５ | ６０ | ＊＊＊，＊＊＊ |
| 7月 | １５ | ６０ | ＊＊＊，＊＊＊ |
| 8月 | １０ | ４０ | ＊＊＊，＊＊＊ |
| 9月 | １５ | ７５ | ＊＊＊，＊＊＊ |
| 10月 | １５ | ７５ | ＊＊＊，＊＊＊ |
| 11月 | ― | ― | ― |
| 12月 | ― | ―  領収書との合計金額が補助上限額を上回った時点まで記入してあれば、雇用期間の終期と一致しなくてもかまいません。 | ― |
| 令和3年 1月 | ― | ― | ― |
| 2月 | ― | ― | ― |
| 3月 | ― | ― | ― |
| 計 | ８０　日 | ３５０　時間 | ＊＊＊，＊＊＊　円 |

　上記のとおり勤務していたことを証明する。

補助金実績報告書（様式４）と同じ印を押してください

作成してください。

　令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　医療法人社団○○クリニック

日付は記載されていますか

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　院長　○○　○○