勤務証明書

●　薬局の名称【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　】

●　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）】

　□薬局の環境整備（清拭・消毒等）　　　　　　　　□動線・レイアウトの工夫

　□電話等情報通信機器による服薬指導体制の確保　　□薬局内の混雑防止（事前予約や掲示等）

　□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業務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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては法人の名称及び代表者の氏名）

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。

●　薬局の名称【　〇〇薬局　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　】

●　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）】

　☑薬局の環境整備（清拭・消毒等）　　　　　　　　□動線・レイアウトの工夫

　□電話等情報通信機器による服薬指導体制の確保　　□薬局内の混雑防止（事前予約や掲示等）

　□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業務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 | 薬局内の定期的な清拭・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（薬局は70万円）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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名　　○○薬局株式会社

日付は記載されていますか

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表取締役　○○　○○