

(記載方法・記載例)

紙申請用
参考様式第2号
(発翰番号)

令和2年×月××日

医療法人社団 △△病院
病院長 厚労太郎 殿

医療法人●●
院長 ○○ ○○ 印

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」給付に係る勤務証明について（回答）

該当の場合は記載をしてください

令和○年○月○日付けで貴職より依頼のありました標記について、下記の通り回答いたします。

記

証明対象職員氏名：○○○○○
所属部門・部署：○○○○○
職種：○○○○○
主な業務内容：○○○○○
起点日から6月末までの勤務日数：○○○○○
新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末までの勤務日数：
施設類型：

- 以下、該当の施設類型を記載してください
- ・新型コロナウイルス感染症患者受入医療機関
 - ・帰国者・接触者外来
 - ・地域外来・検査センター
 - ・自宅療養を行う場合のフォローアップ業務
 - ・宿泊療養受入施設
 - ・役割設定をされていない医療機関
 - ・訪問看護ステーション
 - ・助産所