

〈給付額一覧〉

### 〈職種一覧〉

職種	番号
医師	1
歯科医師	2
薬剤師	3
看護師	4
歯科衛生士	5
医療事務員	6
その他	7

科目	人数		申請額（円）
慰労金	医療機関等 職員		〇
	委託会社等 職員		
合計申請額（円）			〇

←この額を申請書（第1号様式）に記載してください

管理 番号	申請する医療機関等 名称	給付申請額	氏名 (漢字)	フリガナ	生年月日 西暦/半角 スラッシュ区切り	性別	R2/1/30からR3/3/31までの間 における延べ勤務日数	他医療機関での勤務実績があり、 合算して申請する予定(有り/無し) 有りの場合は医療機関名・勤務日数を入力	職種番号	委任状 徴収
1								無 ・ 有 ( )		
2								無 ・ 有 ( )		
3								無 ・ 有 ( )		
4								無 ・ 有 ( )		
5								無 ・ 有 ( )		
6								無 ・ 有 ( )		
7								無 ・ 有 ( )		
8								無 ・ 有 ( )		
9								無 ・ 有 ( )		
10								無 ・ 有 ( )		
11								無 ・ 有 ( )		
12								無 ・ 有 ( )		
13								無 ・ 有 ( )		
14								無 ・ 有 ( )		
15								無 ・ 有 ( )		
16								無 ・ 有 ( )		
17								無 ・ 有 ( )		
18								無 ・ 有 ( )		
19								無 ・ 有 ( )		
20								無 ・ 有 ( )		

[illegible]