|  |  |
| --- | --- |
| **様式４** |  |

**直接人件費支出対象者一覧表（概算）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 氏名 | 部　署 | 役　職 | 採用年月日 |
| （例）コーディネーター | 医療　二郎 | 国際展開室 | ●長 | 昭和●年●月●日 |
| （例）医療通訳 | 医療　三郎 | 国際展開室 | ●任 | 昭和●年●月●日 |
| （例）医療通訳 | 医療　四郎 | 国際展開室 |  | 昭和●年●月●日 |
| （例）医療通訳 | 医療　五郎 | 国際展開室 |  | 平成●年●月●日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | Ａ | Ｂ | Ａ＋Ｂ |
| 年間総支給額 | 年間法定福利費(事業者負担分) | 人件費時間単価 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※参考資料

※本様式は、日本工業規格Ａ４判で作成してください。