

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A 4判で作成してください。