|  |  |
| --- | --- |
| **様式４** |  |

**直接人件費支出対象者一覧表（概算）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 氏　名 | 所属部署 | 役 職 | 職種 | 配置期間区分 |
| 1 | 医療　二郎 | 国際展開室 | ●長 | (例) コーディネーター | 1年未満・1年以上・配置見込 |
| 2 | 医療　三郎 | 国際展開室 | ●任 | (例) 医療通訳 | 1年未満・1年以上・配置見込 |
| 3 | 医療　四郎 | 国際展開室 |  | (例) 医療通訳 | 1年未満・1年以上・配置見込 |
| 4 | 医療　五郎 | 国際展開室 |  | (例) 医療通訳 | 1年未満・1年以上・配置見込 |
| 5 |  |  |  |  | 1年未満・1年以上・配置見込 |
| 6 |  |  |  |  | 1年未満・1年以上・配置見込 |
| 7 |  |  |  |  | 1年未満・1年以上・配置見込 |
| 8 |  |  |  |  | 1年未満・1年以上・配置見込 |
| 9 |  |  |  |  | 1年未満・1年以上・配置見込 |
| 10 |  |  |  |  | 1年未満・1年以上・配置見込 |

・別紙［様式２：外国人向け医療コーディネーター配置状況］及び［様式３：医療通訳配置状況］との整合性をきちんと図ってください。

・所属部署は、医療通訳サービスを提供できる体制であることを［様式６：組織体制図］にて明確にしてください。

　※他の業務と兼務している場合についても同様です。

・配置期間区分が「配置見込」となる場合は、配置予定の所属部署名を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 氏　名 | Ａ | Ｂ | Ｃ | （Ａ＋Ｂ）×Ｃ |
| 賃金等所得（基本給･各種手当）**【平均月額×8ヵ月】** | 法定福利費(事業者負担分)**【平均月額×8ヵ月】** | 兼務の従事割合※他の業務と兼務している場合は、当該事業に係る割合を1%～99%の範囲で記入する | 合計額 |
| 1 | 医療　二郎 | 5,000,000 | 500,000 |  | 5,500,000 |
| 2 | 医療　三郎 | 4,000,000 | 400,000 |  | 4,400,000 |
| 3 | 医療　四郎 | 3,000,000 | 300,000 | 70% | 2,310,000 |
| 4 | 医療　五郎 | 2,000,000 | 200,000 | 60% | 1,320,000 |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

・時給計算により所得の平均月額等の算出が難しい場合は［直近月の実績×8ヵ月］の金額を概算値としてください。

※上記の人件費は、平成27年8月～平成28年3月までの8ヵ月間の概算とします。

※本様式は、日本工業規格Ａ４判で作成してください。