

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。