第２－４号様式

（文書番号）

年　　月　　日

奈良県知事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関コード（10桁）：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者職・氏名

奈良県新型コロナウイルス感染症対応医療従事者等慰労金給付に係る

勤務期間証明書

　標記について、下記のとおり、相違ないことを証明いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 証明対象職員氏名 |  | |
| 所属部門・部署 |  | |
| 職種 |  | |
| 主な業務内容 |  | |
| １月２８日から６月末日  までの勤務日数 |  | 日 |
| 当施設における  新型コロナウイルス感染症患者１例目受入から６月末日までの勤務日数 | 入院受入機関の場合  ※陽性患者受入日から | 日 |
| 外来設置医療機関の場合  ※疑い患者含め受入日から | 日 |
| 施設類型 |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設類型 | １：新型コロナウイルス感染症患者の入院受入医療機関  ２：帰国者・接触者外来設置医療機関  ３：地域外来・検査センター  ４：軽症者宿泊療養施設  ５：１～４以外の病院及び診療所  ６：病院又は診療所の実施する訪問看護事業所  ７：助産所 |