第２号様式（第３関係）

補　助　事　業　実　績　報　告　書

１　実施医療機関（派遣元医療機関）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 |  | 連絡先  （担当者） |  |

２　派遣の内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 月日  (曜日) | 市町村名 | 接　種　会　場 | 従事者（いずれかに○） | 時間外・休日の  従事時間（時間数） |
| /  (　) |  |  | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | ：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　) |
| /  (　) |  |  | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | ：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　) |
| /  (　) |  |  | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | ：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　) |

注１　欄・行等が不足する場合は適宜追加又は別紙としてください。

　２　医療機関ごと、派遣市町村ごとに別様としてください。

　３「医師以外」には、看護師、准看護師、歯科医師、臨床検査技師、救急救命士が該当します。

合計(人)時間　　　　医　　師(　人)　　　　　時間・・・①

医師以外(　人)　　　　　時間・・・②

|  |
| --- |
| 派遣実績について確認しました。  市町村名　　　　所属　　　　　　　担当者職・氏名　　　　　　　　　　㊞  連絡先 |

３　補助上限額(1)＋(2)

　　　　　　　　　　　　　　円

内訳　(1)医　　師　　　　　　　円(①×7,550円)

(2)医師以外　　　　　　　円(②×2,760円)

（参考）　別紙様式

２　派遣の内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 月日  (曜日) | 市町村名 | 接　種　会　場 | 従事者（いずれかに○） | 時間外・休日の  従事時間（時間数） |
| /  (　) |  |  | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | ：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　) |
| /  (　) |  |  | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | ：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　) |
| /  (　) |  |  | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | ：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　) |
| /  (　) |  |  | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | ：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　) |
| /  (　) |  |  | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | ：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　) |
| /  (　) |  |  | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | ：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　) |
| /  (　) |  |  | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | ：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　)  　：　～　：　(　　) |

※１　実績報告書の別紙として使用できます。

２　医療機関ごと、派遣市町村ごとに別様としてください。

３「医師以外」には、看護師、准看護師、歯科医師、臨床検査技師、救急救命士が該当します。

　（薬剤師や事務員は対象となりません。）

第２号様式（第３関係）

補　助　事　業　実　績　報　告　書

１　実施医療機関（派遣元医療機関）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 | ○○クリニック | 連絡先  （担当者） | 017-711-1111  新町　花子 |

２　派遣の内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 月日  (曜日) | 市町村名 | 接　種　会　場 | 従事者（いずれかに○） | 時間外・休日の  従事時間（時間数） |
| 4/18  (日) | ▲▲市 | ▲▲市保健センター | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | 9：00～17：00(7)(休1h  9：00～17：00(7)  9：00～17：00(7)  　：　～　：　(　　) |
| 5/29  (土) | ▲▲市 | ▲▲市保健センター | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | 14：00～17：30(3.5)  14：00～17：30(3.5)  14：00～17：30(3.5)  　：　～　：　(　　) |
| 7/7  (水) | ▲▲市 | ▲▲市保健センター | 医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外  医師・医師以外 | 14：00～18：00(4)  14：00～18：00(4)  14：00～18：00(4)  　：　～　：　(　　) |

注１　欄・行等が不足する場合は適宜追加又は別紙としてください。

　２　医療機関ごと、派遣市町村ごとに別様としてください。

　３「医師以外」には、看護師、准看護師、歯科医師、臨床検査技師、救急救命士が該当します。

合計(人)時間　　　　医　　師(3人)　14.5　　時間・・・①

医師以外(6人)　　29　　時間・・・②

|  |
| --- |
| 派遣実績について確認しました。  市町村名▲▲市　所属　健康増進課　担当者職・氏名　主査　未来マモル　㊞  連絡先　017-799-8765 |

３　補助上限額(1)＋(2)

　　　　　　　189,515　　円

内訳　(1)医　　師　　109,475　円(①×7,550円)

(2)医師以外　　　80,040　円(②×2,760円)