**産科医等育成支援事業(研修医手当)調書**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 |  |
| 開設主体 |  |
| 記入者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修医手当支給対象者数 | 研修医手当支給延べ月数 | 研修医手当支給月額 | 研修医手当支給(見込)額 | 申請の有無 |
| 注１） | 注２） |  |  |  |
| 人 | 月 | 円 | 千円 |  |

【注意事項】

注１）「研修医手当支給対象者数」欄については、手当の支給対象となっている者の実人員を記載すること。

注２）｢研修医手当支給延べ月数」欄については、手当の支給対象となる延べ月数を記載すること。

* 年度途中からの実施や産休等で手当が支給されない月がある場合は除く。

【記載例】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 研修医手当支給対象者数 | 研修医手当支給延べ月数 | 研修医手当支給月額 | 研修医手当支給(見込)額 | 申請の有無 |
| 8人 | 78 月 | 50,000円 | 3,900千円 | 有 |
| 8人 | 78月 | 50,000円 | 3,900千円 | 無 |
| 2人 | 24月 | 手当支給なし | 0千円 | 無 |
| 5人 | 60 月 | 30,000円  | 1,800千円 | 有 |