

年 月 日

愛知医科大学病院

病院長 藤原祥裕 殿

住所： _____

氏名： _____ ㊟

TEL： _____ () _____

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）における
「新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金」申請に係る勤務証明について（依頼）

私は、新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金申請にあたり、貴院の勤務証明を必要としますので、発行願います。

愛知医科大学病院退職日： 年 月 日付

所属部署（退職時）：

勤務証明に必要な情報：氏名

所属部門・部署

職種

主な業務内容

起点日から6月末日までの勤務日数

新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末日までの勤務日数

施設類型

以上