（文書番号）

年　　月　　日

医療法人●●　院長　●●●●　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

勤務期間証明について（依頼）

　下記の職員に係る標記について、別紙（第２－４号様式）により証明くださるようお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 証明対象職員氏名 | ●●　●● |
| 職名 | ●● |
| 対象期間 | ●年●月●日～●年●月●日の間の勤務日数 |

※　複数名の証明を求める場合は、別表を作成するなどして依頼