

様

印

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業にかかる
三重県医療従事者等慰労金交付に係る勤務証明について（依頼）

下記の職員に係る標記について、別紙によりご証明くださるようお願いします。

記

証明対象職員：

職名：

対象期間：

様

印

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業にかかる
三重県医療従事者等慰労金交付に係る勤務証明について（回答）

令和 年 月 日付けで貴職より依頼のありました標記について、下記の
回答いたします。

記

証明対象職員氏名：

所属部門・部署：

職種：

主な業務内容：

起点日から6月末までの勤務日数：

新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末
までの勤務日数：

施設類型：

様

印

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業にかかる
三重県医療従事者等慰労金交付に係る勤務証明

標記について、以下とおり相違の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：
起点日から6月末までの勤務日数：
新型コロナウイルス感染症患者1例目受入以降6月末
までの勤務日数：
施設類型：