様式第３号（第６条関係）

雇用促進事業明細書

１．医療提供施設の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 補助対象診療科目 | 補助の対象となる主たる診療科目(該当に○)  産　科　・　小児科  その他に標榜する診療科目  （　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 開業年月日 | 平成　　年　　月　　日 |

２．補助金対象看護師等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 住　　所 | 職　　種 | 雇用年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |