

看護師候補者・介護福祉士候補者・看護師・介護福祉士 に対する同等報酬について

実際に就労している受入れ施設の情報を記入して下さい。

受入れ施設名称 〇〇病院

受入れ施設住所 〒123-1111 〇〇県〇〇市〇〇町5-5-5

規定がない場合は空欄でも問題ありません。

看護師

ABCD EFG

(候補者番号 PH1000001) に対する報酬は、

当施設において 看護師 の業務に従事する、経験年数 1 年目

の者 (看護師国家 資格保有) と同等とし、当施設の賃金規定第 3 条に基づき、

円 (基本給 時給800 円) 諸手当 (20,000 円) としています。

○右記の基本給の単位が月額の場合
右記に記載の「基本給額」と「諸手当額」の合計額を記入して下さい。

○右記の基本給の単位が月額以外の場合
また、基本給が月給単位でない場合(時給や日給の場合)、計算ができないので、この箇所は空欄で問題ありません。

※不要

毎月必ず支払われている諸手当の総額をご入力ください。ない場合は、空欄で問題ありません。(職能給、経験給、交通費等)

基本給が月額の場合は、月額の基本給額を記入して下さい。

基本給が日給や時給の場合は、日給や時給の額を記入してください。
また、額の前にその単位(日給、時給)を記入してください。

受入れ機関名称 医療法人 医療会

受入れ機関住所 〒234-5678 〇〇県〇〇市〇

代表者職氏名 理事長 医療一郎

連絡先電話番号 0000-00-0000

担当者職氏名 総務部長 国際次郎

この部分は法人(機関)の情報を記入して下さい。

ココに記入するのは、施設の情報ではありません。(病院名や、特養等の施設名ではなく、医療法人や社会福祉法人などの法人名ご記入ください。)