（別添１）

番　　号

日　　付

病院薬剤師を活用したタスク・シフティング推進事業応募申込書

法 人 名　　　　　　　○○○○

代表者名 　　　　　○○○○　　　　印

所 在 地　　　　　　　○○県○○市○○

担当者連絡先

所 属

役 職

氏 名

所在地

ＴＥＬ △△－△△△△－△△△△（代表） 内線△△△△

ＦＡＸ △△－△△△△－△△△△

e－mail \*\*\*\*@\*\*\*\*\*\*\*\*

（別添２）

病院薬剤師を活用したタスク・シフティング推進事業　予定費用

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 支出予定額 | 備考（摘要） |
| 員数 | 単価（円） | 金額（円） |  |
| 職員基本給 |  |  |  |  |
| 職員諸手当 |  |  |  |  |
| 非常勤職員手当 |  |  |  |  |
| 諸謝金 |  |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |
| 備品費 |  |  |  |  |
| 印刷製本費 |  |  |  |  |
| 通信運搬費 |  |  |  |  |
| 借料及び損料 |  |  |  |  |
| 会議費 |  |  |  |  |
| 社会保険料 |  |  |  |  |
| 委託費（上記に掲げる経費に該当するもの） |  |  |  |  |