

令和 年 月 日 提出

## 令和7年度外来クランク従事予定者名簿

件名：外来クランク勤務員の派遣

従事場所：自衛隊中央病院外来受付1番～8番のうち2～3箇所

会社等所在地：

会社等名：

代表者名：

担当者名：

No.	氏名	資格	経験年数 (年月)	備考
				総括責任者

※従事予定者に変更がある場合はその都度提出する。

令和 年 月 日

## 外来クラーク業務実施報告書

下記のとおり、外来クラーク業務を実施したことを報告します。

従事者  

---

- 1 実施日時  
令和 年 月 日 曜日 時 分 ~ 令和 年 月 日 曜日 時 分
- 2 実施場所  
自衛隊中央病院外来受付（1番～8番 ※4番を除く）カウンター
- 3 実施状況

ブロック番号：

実施内容	実施状況
診療開始前業務	
患者対応業務	
電話対応業務	
各種書類の整理	
案内表示板の操作	
その他付帯業務	
守秘義務遵守状況	
制服及び名札着用並びに身分証携帯	
身だしなみ・言葉遣い	
整理整頓	
日々の勤務時間の記録	

- 4 外来患者数 \_\_\_\_\_人
- 5 その他特記事項

自衛隊中央病院医事課

上記の業務を確認する。  

---

## 役務完了届

調達要求番号	
契約年月日	令和 年 月 日
契約行為番号	
契約件名	外来クーク勤務員の派遣
契約期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日
契約納地・役務場所	自衛隊中央病院外来受付カウンター
履行期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日
<p>上記契約について、役務の完了をしたことをお届けします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>自衛隊中央病院 会計課長 殿</p> <p style="text-align: right;">住 所 会社等名 代表者名</p>	

## 検査調書

検査年月日		検査場所	自衛隊中央病院総務部医事課
検査成績書の有無	有 ・ 無	合否の判定	合 ・ 否
検査官所見		備 考	
<p>検査の結果、役務の完了を確認したことを報告する。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>自衛隊中央病院 会計課長 殿</p> <p style="text-align: right;">検 査 官 所 属 官職・氏名</p>			