

平成 23 年度 定期昇給等調査票

病院名		所在地	
所 属		担当者	
T E L		F A X	

該当する番号を○で囲んでください。

経 営 主 体	1. 国・県・市・独法	2. 医療法人	3. その他の法人	4. 学校法人	5. 個人
病床数規模	1. 200 床未満	2. 200 床以上			

1. 実施年月

定 期 昇 給	年	月
	年	月

ベースアップ	年	月
	年	月

2. 実 績 (単位：千円)

区 分	給 与 総 額	支 給 人 員
平成 2 3 年 4 月	千円	人
前 年 同 期	千円	人

3. モデル職種別給与月額 (単位：千円)

区 分	看 護 師	准 看 護 師
平成 2 3 年 4 月 (経 験 3 年)	千円	千円
前 年 同 期 (同 上 2 年)	千円	千円