様式１

○○　年　月　日

へき地医療機関等への看護師等の派遣に係る事前研修実施計画書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 派遣元 | 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者 | 電話番号 |
| 派遣労働者 | 氏名 |  |
| 職種 |  |
| 派遣先 | 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者 | 電話番号 |
| 派遣期間 | | ○○年○月○日から○○年○月○日まで | |
| 派遣先での業務の内容 | |  | |
| 事前研修 | | 場所 |  |
| 日程 |  |

【添付資料】

1. 派遣労働者の免許証の写し(上記２に記載の職種を証明するもの)
2. 事前研修資料一式（要領５（イ）を除く）