

## 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報告書

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		〇〇年〇月〇日から〇〇年〇月〇日まで	
派遣先での業務の内容			
事前研修	場所		
	日程		

## 【添付資料】

- (1) 事前研修資料一式