令和●年（●●●●年）●月●日

別紙１

熊本県へき地医療支援機構　専任担当官　様

派遣元事業主

（公印省略）

熊本県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

標記について、下記のとおり事前研修を実施する予定ですので御報告いたします。

記

（１）派遣労働者氏名　　　山田　太郎（看護師等免許番号　　　　　　　）

（２）職種　　　　　　　　医師、看護師、薬剤師　等

（３）派遣先医療機関　　　●●病院

（４）派遣期間　　　　　　令和　年　　月　　日～令和　年　　月　　日

（５）派遣先での業務内容　診療業務、診療補助、調剤業務　等

（６）事前研修実施予定日　令和　年　　月　　日（　）　●：●●～●：●●

　　　令和　年　　月　　日（　）　●：●●～●：●●

（７）研修実施場所　　　　●●ビル会議室及びWEB研修

（８）研修内容　　　　　　別紙資料に基づき実施予定

（担当）

〒000-0000

●●県●●市・・・・

派遣元事業主　●●課　山田　次郎

TEL

MAIL