番号

令和●年●月●日

福岡県医師・看護職員確保対策室　担当者　様

（福岡県へき地医療支援機構）

派遣元事業主名

労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律施行令によるへき地の医療機関への看護師等の派遣にかかる事前研修実施計画書

このことについて、下記の通り事前研修を実施する予定ですのでご報告いたします。

記

1. 派遣労働者氏名　　　 ●●　●●　外●名（複数名の場合は別紙記載）
2. 職種　　　　　　　　 看護師、薬剤師　等
3. 派遣先医療機関　　　 ●●病院、診療所　等
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 令和　年　　月　　日（　）　００：００～００：００

実施予定日時　　　　　 令和　年　　月　　日（　）　００：００～００：００

1. 研修実施場所　　　　 ●●会議室及びWEB研修　等
2. 研修内容　　　　　　 別紙資料に基づき実施予定

担当

〒

住所　●●県●●市●●●

派遣事業者名　●●●

TEL：

MAIL：