（様式１）

　第 号

年 月 日

 岐阜県へき地医療支援機構

専任担当官　様

 　派遣元事業主名

へき地の医療機関への看護師等の派遣に係る事前研修実施計画書

 このことについて、下記のとおり事前研修を計画しましたので、ご報告します。

記

　　１ 派遣労働者名　　○○　○○

　　２　職種　　看護師、薬剤師　等

　　３　派遣先医療機関　　○○病院（所在地）、○○診療所（所在地）　等

　　４　派遣期間　　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで

　　５　派遣先での業務内容　　診療補助業務、調剤業務　等

　　６　事前研修実施予定日時　　　　　年　　月　　日（　）○○：○○～○○：○○

　　７　研修実施予定場所　　○○病院会議室、ＷＥＢ研修　等

　　８　研修内容　　別紙資料に基づき実施予定