

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		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) 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)