（様式２）

番号

令和　年　月　日

静岡県へき地医療支援機構

専任担当官　様

所在地

名　称

代表者

（派遣元事業主）

へき地の医療機関への看護師等の派遣に係る事前研修の実施修了報告書について

　このことについて、下記のとおり事前研修を実施したので、その旨報告します。

記

１　派遣労働者名　　　○○　○○

２　職種　　　医師、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　　　令和○年○月○日から令和○年○月○日まで

５　派遣先での業務内容　　　診療業務、診療補助業務、調剤業務　等

６　事前研修実施日時　　　令和○年○月○日　　９：００～１２：００

１３：００～１６：００

７　研修実施場所　　　○○病院会議室、○○ビル会議室、ＷＥＢ研修　等

８　研修内容　　　別紙資料に基づき実施した。＊

　　　　　　　　　　　　　　その他、派遣労働者からの質疑等に対応した。

＊　実施計画と同じ場合は資料添付不要、異なる場合は変更部分のみ添付すること。

郵便番号：

所在地：○○

名　　称：株式会社○○

担　　当：○○支店○○課　○○

電　　話：

アドレス：