別紙様式１

番号

令和　年　月　日

山形県健康福祉部医療政策課長　殿

（派遣元事業主）

所在地

名　称

　　　　　　　　　　　　　　代表者

山形県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実施する計画としたので、報告します。

記

１　派遣労働者氏名　　　：

２　職種（免許番号）　　：

３　派遣先医療機関　　　：

４　派遣期間　　　　　　：

５　派遣先での業務内容　：

６　事前研修実施予定日時：

７　研修実施場所　　　　：

８　研修内容　　　　　　：

○　添付資料

・派遣労働者の看護師等資格免許証の写し

・研修資料（１部）

【担当】

派遣事業者名：

住所：

担当者名：

電話：

メール：

別紙様式１　　　　　　　　　　　　記入例

番号

令和　年　月　日

山形県健康福祉部医療政策課長　殿

（派遣元事業主）

所在地

名　称

　　　　　　　　　　　　　　代表者

山形県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実施する計画としたので、報告します。

記

１　派遣労働者氏名　　　：●●　●●

２　職種（免許番号）　　：看護師（●●●●●●●）

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　：診療補助業務

６　事前研修実施予定日時：令和●年●月●日　●●：●●～●●：●●

７　研修実施場所　　　　：●●病院会議室、WEB研修　等

８　研修内容　　　　　　：別紙資料により実施

○　添付資料

・派遣労働者の看護師等資格免許証の写し

・研修資料（１部）

【担当】

派遣事業者名：

住所：

担当者名：

電話：

メール：