別紙様式２

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

修了報告書

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、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　事前研修実施日時　　：

７　研修実施場所　　　　：

８　研修内容　　　　　　：

○　添付資料

・研修資料（実施計画から変更した部分のみ添付すること。）

【担当】

派遣事業者名：

住所：

担当者名：

電話：

メール：

別紙様式２　　　　　　　　　　　　　**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

修了報告書

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、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した。

○　添付資料

・研修資料（実施計画から変更した部分のみ添付すること。）

【担当】

派遣事業者名：

住所：

担当者名：

電話：

メール：