別紙様式１

番号

令和　年　月　日

青森県健康医療福祉部医療薬務課長　殿

（派遣元事業主）

所在地

名　称

　　　　　　　　　　　　　　代表者

青森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こととしたので、報告します。

記

１　派遣労働者氏名

２　職種

３　派遣先医療機関

４　派遣期間　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日

５　派遣先での業務内容

６　事前研修予定日時　　　　 年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分

７　研修実施場所

８　研修内容　　　別紙資料に基づき実施

【担当】

派遣事業者名：

住所：

担当者名：

電話：

メール：