別紙様式２

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

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

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：